

HEK
Versicherungszeiten
22034 Hamburg

**Tipp: schnell und sicher über unsere
HEK Service-App zurücksenden**

Antrag auf die Krankenversicherung der Studenten (KVdS)

Name, Vorname	Versichertennummer
Geburtsdatum	

1. Wann haben Sie mit dem Studium begonnen?

Am: _____

Handelt es sich um ein Promotionsstudium? Nein Ja

2. Haben Sie sich in der Vergangenheit von der KVdS befreien lassen?

Nein Ja (bitte Befreiungsbescheid beifügen)

3. Studieren Sie an einer Fachhochschule oder Universität?

Universität Fachhochschule

Name und Anschrift der Universität oder Fachhochschule:

Matrikelnummer: _____

Eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung habe ich beigefügt reiche ich nach

4. Angaben zu einer Beschäftigung

Sind Sie neben Ihrem Studium beschäftigt?

Nein (bitte fahren Sie mit Punkt 5 fort) Ja, bei folgendem Arbeitgeber (bitte Namen und Anschrift angeben):

Beginn der Beschäftigung: _____

Ist die Beschäftigung im Voraus befristet? Nein Ja, bis zum: _____

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden: _____

Monatliches Brutto-Entgelt in Euro: _____

Handelt es sich um ein in der Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum? Nein Ja

5. Angaben zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags

Haben Sie bereits eigene Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder oder Pflegekinder?

Nein Ja (bitte Geburtsurkunde und gegebenenfalls entsprechende Nachweise beifügen)

6. Angaben zu einer selbstständigen Tätigkeit

(Nur auszufüllen, wenn Sie selbstständig oder freiberuflich tätig sind. Ansonsten fahren Sie mit Punkt 7 fort)

6.1 Welche selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Ich bin tätig als:

6.2 Erhalten Sie eine Förderung von der Agentur für Arbeit, zum Beispiel einen Gründungszuschuss?

Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

6.3 Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen aus dieser Tätigkeit?

Monatliches Einkommen in Euro (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen):

6.4 Wie viele Wochenstunden wenden Sie für Ihre Tätigkeit auf?

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:

6.5 Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?

Nein Ja, Anzahl der Arbeitnehmer:

6.6 Sind die Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt?

Nein Ja

6.7 Erzielen Sie noch weitere Einkünfte?

Nein Ja, Art der Einkünfte: _____

Monatliche Einkünfte in Euro: _____

6.8 Wer bestreitet den Hauptteil zum Lebensunterhalt?

Ich selbst Eine andere Person: _____

Monatliche Einkünfte der Person in Euro: _____

7. Angaben zur Beitragszahlung

SEPA-Lastschriftverfahren

Ich nehme am SEPA-Lastschriftverfahren teil und zahle den Beitrag monatlich.
Ein SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigefügt

Vorauszahlung

Ich zahle meinen Beitrag für das gesamte Semester im Voraus

8. Ich bin zu erreichen unter (freiwillige Angabe)

Telefonnummer privat

Telefonnummer mobil

E-Mail-Adresse

9. Erklärung

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben. Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V zur Feststellung der Versicherungspflicht notwendig. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen.

_____ Datum

_____ Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)