

HEK
Versicherungszeiten
22034 Hamburg

Rücksendung per Fax bitte an 040 65696-5498
oder Rücksendung über HEK Service-App

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? |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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? |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl der Arbeitnehmer: |
| 6.6 Sind die Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt? |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 6.7 Erzielen Sie noch weitere Einkünfte? |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Art der Einkünfte: _____ Monatliche Einkünfte in Euro: _____ |
| 6.8 Wer bestreitet den Hauptteil zum Lebensunterhalt? |
| <input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Eine andere Person: _____ Monatliche Einkünfte der Person in Euro: _____ |

7. Angaben zur Beitragszahlung

| |
|--|
| SEPA-Lastschriftverfahren |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme am SEPA-Lastschriftverfahren teil und zahle den Beitrag monatlich. Ein SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigefügt |
| Vorauszahlung |
| <input type="checkbox"/> 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) |