

Aufnahmeantrag für Studenten und Praktikanten

Ich beantrage die Mitgliedschaft ab _____

Name, Vorname, Anschrift			
Geburtsdatum	Familienstand	Anzahl Kinder*	Rentenversicherungsnummer
Semesteranschrift (falls abweichend)		Telefonnummer	e-Mail
Sollten Sie noch keine Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer haben, so füllen Sie bitte nebenstehende Felder aus.		Geburtsort	Geburtsname

► Ich bin

- Studienbewerber(in)/eingeschriebene(r) Student(in) - **Bitte Studienbescheinigung beifügen!**
 Praktikant im Vor-/Nachpraktikum Zwischenpraktikum

Anschrift der Hochschule	erstmalige Aufnahme des Studiums	Voraussichtliches Studienende
Semesterbeginn	Tag der Einschreibung/Rückmeldung	Laufendes Semester

- Mein Praktikum ist in der Prüfungsordnung vorgeschrieben: Nein Ja (**bitte Nachweis beifügen**)
 ► Ich übe eine Erwerbstätigkeit aus: Nein Ja

<input type="checkbox"/> als selbstständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Praktikant	Anschrift des Arbeitgebers:
Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden Monatliches Bruttoeinkommen: _____ €	

- Ich beziehe zur Zeit eine Rente: Nein Ja (**bitte einen aktuellen Rentenbescheid beifügen**)
 Rentenversicherungsträger: _____
 ► Ich erhalte Bafög: Nein Ja (**bitte Bescheid beifügen**)

Angaben zur bisherigen Versicherung	
Die Kündigungsbestätigung/Versicherungsbescheinigung meiner bisherigen Krankenkasse ist beigefügt	<input type="checkbox"/> werde ich sobald als möglich nachreichen
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	habe ich keine, ich war bisher: <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei:
<input type="checkbox"/> Ich habe mich von der Pflegeversicherungspflicht befreien lassen. Bitte den rechtsgültigen Bescheid der Krankenkasse/Pflegekasse beifügen!	

Die Beiträge zur studentischen Krankenversicherung sind jeweils für ein Semester im Voraus zu zahlen. Sofern Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen, werden wir die monatlichen Beiträge jeweils am 15. eines Monats für den Vormonat von Ihrem Konto abbuchen.

Hiermit ermächtige ich Sie zum Einzug meiner Beiträge von folgendem Konto		
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut
Name des Kontoinhabers		Unterschrift Kontoinhaber, sofern abweichend vom Antragssteller

Datum _____

Unterschrift _____

* Aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetzes zahlen **Kinderlose** in der Pflegeversicherung ab dem 01.01.2005 einen Zuschlag von 0,25 v. H. Ausgenommen sind alle selbst versicherten, kinderlosen Personen, welche das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie Kinderlose, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind.