

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten und Praktikanten Beginn der Mitgliedschaft:

Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	E-Mail:
Krankenversicherungsnummer:	Geburtsdatum:	Telefonnummer (priv./dienstl.):
Anzahl der Kinder: _____, ggf. ist eine Kopie des Nachweises der Elterneigenschaft beizufügen		

Ich war bisher krankenversichert bei (bitte Nachweis vorlegen, falls Sie nicht Mitglied der BKK Miele waren)		
vom	bis	Krankenkasse

Grund für die Aufnahme in die Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten

- Beendigung der bisherigen Familienversicherung am: _____
 Überschreiten der Einkommensgrenze Erreichen der Altersgrenze
- Beendigung der bisherigen Mitgliedschaft am: _____
 Wechsel der Krankenkasse

Versicherungsrelevante Angaben

- Ich beziehe eine Rente / rentenähnliche Bezüge
 Ich benötige eine Bescheinigung zur Vorlage beim BAföG-Amt
 Ich bin Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs bzw. Vorbereitungskurs
 Ich habe mich von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen

Ich bin beschäftigt Arbeitgeber: _____
 Anschrift: _____
 wöchentliche Stunden: _____
 monatliches Arbeitsentgelt: _____

Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig
 wöchentliche Stunden: _____ monatliches Arbeitsentgelt: _____

Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung (siehe Einzugsermächtigung):
 (Versicherungspflichtige Studenten haben die Beiträge für das Semester im Voraus zu zahlen. Wenn eine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge am 15. des jeweiligen Folgemonats fällig. Wir empfehlen Ihnen daher, uns mittels Ausfüllung der oben aufgeführten Felder eine Einzugsermächtigung zu erteilen. **Damit entfällt die Beitragszahlung für das Semester im Voraus.** Die Einzugsermächtigung kann allerdings während des Semesters nicht widerrufen werden.)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., eMail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**BKK Miele
Carl-Miele-Str. 29
33332 Gütersloh**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE04ZZZ00001038379

[Mandatsreferenz – durch BKK Miele auszufüllen]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die BKK Miele, Carl-Miele-Str. 29, 33332 Gütersloh die Gesamtsozialversicherungsbeiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BKK Miele, Carl-Miele-Str. 29, 33332 Gütersloh auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Firmenbezeichnung, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Versichertennummer:

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen.

Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., eMail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.