

# BEITRITTSERKLÄRUNG STUDENTEN TEIL 1

Gilt gleichzeitig als Anmeldung zur sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 1 SGB XI)

**HEIMAT**  
KRANKENKASSE

Ich wähle die Mitgliedschaft in der Heimat Krankenkasse ab

## Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	
Geburtsname*	Telefon, tagsüber erreichbar**	Mobilnummer**	
Straße	Hausnummer	E-Mail**	
PLZ	Ort	Geburtsort*	Staatsangehörigkeit*
Krankenversicherungsnummer	Steuer-ID	*Nur auszufüllen, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde. **freiwillige Angabe	

## Familienstand

Ledig  Verheiratet  Verwitwet  Geschieden  Eingetragene Lebenspartnerschaft

Kommt der Ehe-/Lebenspartner für Ihren Unterhalt auf?  Nein  Ja

Kinder:  Nein  Ja (Bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen.)

Anzahl der Kinder

## Hinweis

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, die unten aufgeführten Felder auszufüllen und uns so eine Einzugsermächtigung zu erteilen. Damit entfällt die Beitragszahlung für das Semester im Voraus. Die Einzugsermächtigung kann allerdings während des Semesters nicht widerrufen werden.

## Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Vom	Bis	Letzte Krankenkasse*
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert		
Vom	Bis	Letzte Krankenkasse*
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert		

\*Bitte die Bescheinigung der Vorkasse beifügen (sofern nicht Heimat Krankenkasse).

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Werbung  Arbeitgeber  persönliches Umfeld  Internet  Printmedien

## Grund der studentischen Versicherung

Familienversicherung endet

Zeitpunkt

Grund

Angaben zur Familienversicherung (Stammversicherter: Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Mitgliedschaft endet

Zeitpunkt

Grund

## Studium

Student/-in der (Anschrift der Hochschule)	Studienanfang		
Bereits absolvierte Fachsemester (Studienbescheinigung ist beifügt.)	Voraussichtliches Studienende		
Straße (Studienanschrift falls abweichend)	Hausnummer	PLZ	Ort

## Familienversicherung

Ich habe Familienangehörige mitzuversichern.  Nein  Ja

Wenn ja:  Ein Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung liegt bei.  Ich bitte um Zusendung eines Fragebogens zur Feststellung der Familienversicherung.

## Versicherungsrelevante Angaben

- Ich benötige eine Bescheinigung für das BAföG-Amt.  Nein  Ja
- Meine Eltern sind gesetzlich krankenversichert.  Nein  Ja
- Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung (siehe Einzugsermächtigung).  Nein  Ja
- Ich bin Teilnehmer/-in an einem studienvorbereitenden Sprachkurs.  Nein  Ja
- Ich bin beschäftigt.  Nein  Ja

Arbeitgeber

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Monatliches Einkommen in Euro

- Ich habe einen Wehr-, Zivil-, Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst absolviert.  Nein  Ja  
[Nachweis liegt bei.]

Vom  Bis

- Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig.  Nein  Ja

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Jahreseinkommen in Euro

- Ich habe mich von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen.  Nein  Ja

## Beitragszahlung

Die Beiträge sind grundsätzlich vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule für das Semester, für das die Einschreibung oder Rückmeldung erfolgen soll, im Voraus zu zahlen. Sollten Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen, werden wir die fälligen Beiträge pünktlich abbuchen.

Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung wird grundsätzlich auch die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet, sofern keine Befreiung von der Pflegeversicherung besteht.

## Finanzverwaltung

**Ermittlung der steuerlichen Identifikationsnummer für die Übermittlung der Beiträge zur steuerrechtlichen Berücksichtigung im Rahmen des Sonderausgabenabzuges**

Ich stimme zu, dass die Heimat Krankenkasse die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung übermittelt:

- Nein  Ja (Bitte Steueridentifikationsnummer eintragen.)

Steueridentifikationsnummer

## Einzugsermächtigung

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Kontonummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber

## Datenschutzhinweis:

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 SGB V in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der Heimat Krankenkasse informieren und beraten zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden die persönlichen Daten bei der Heimat Krankenkasse gelöscht.

- ja, ich bin einverstanden

Datum  Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)