

**Antrag zur Krankenversicherung der Studenten (KVdS)
der Ernst & Young BKK**

Persönliche Angaben	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum, KV-Nr., SV-Nr. (falls bekannt):	
Telefon:	
Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten	
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Student zum ____	
<input type="checkbox"/> Elterneigenschaft liegt vor. Hinweis: Bei Vorliegen der Elterneigenschaft reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, da ansonsten ein Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung von 0,35 % zu erheben ist.	
Vorhergehende Versicherungszeiten	
Ich <input type="checkbox"/> bin zur Zeit <input type="checkbox"/> war zuletzt von bis	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
bei folgender Krankenkasse:	
Im Falle der Familienversicherung Angaben zum Stammversicherten:	
.....	
(Name, Vorname, KV-Nr.)	
Anschrift während des Studiums	
<input type="checkbox"/> Folgende Anschrift bleibt bestehen:	
<input type="checkbox"/> Ich bin umgezogen, meine neue Anschrift lautet:	
.....	
Angaben zum Studium	
Ich studiere an folgender Hochschule / Fachhochschule	
..... im __ Fachsemester	
Es handelt sich um ein Bachelorstudium: ja <input type="checkbox"/>	
Masterstudium: ja <input type="checkbox"/> Im Bachelorstudium zurückgelegte Fachsemester__	
Ich übe eine selbstständige/ freiberufliche Tätigkeit aus: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hinweis: Bitte Immatrikulationsbescheinigung für das laufende Semester beilegen.	

Datum

Unterschrift

Ernst & Young BKK
Beleglesezentrum
30645 Hannover

Tel.: 05661 70767-0
Fax: 05661 70767-49
E-Mail: info@ey-bkk.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE38ZZZ00000083869

Mandatsreferenz:
wird separat mitgeteilt

- Mandat für einmalige Zahlung
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ernst & Young BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ernst & Young BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name

Versichertennummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: **D** **E** _____
(max. 31-stellig)

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort