

Anmeldung Studenten und Praktikanten

Formular VTregional

Grund meiner Anmeldung:

- ☐ Studienbeginn
- ☐ Kündigung der bisherigen Krankenkasse

Meine persönlichen Daten

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)*

E-Mail*

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet, seit

☐ geschieden, seit ☐ verwitwet, seit

Meine bisherige Versicherung

☐ Ich war bisher bei familienversichert.
(Name der Krankenkasse)

Der Anspruch endet am

☐ Ich war bisher bei pflichtversichert
(Name der Krankenkasse)

als

Die Versicherung endet am

☐ Ich war wie folgt versichert

☐ Ich habe Monate Wehr-/Zivil-, Bundesfreiwilligen- oder Jugendfreiwilligendienst geleistet. (Bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu meinem Studium

- ☐ Ich bin Studienbewerber.
- ☐ Ich bin eingeschriebener Student.
(Bitte aktuelle Studienbescheinigung beifügen)

Name der Hochschule

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Matrikelnummer

Studienbeginn

Semesterbeginn

Tag der Ersteinschreibung

Voraussichtliches Studienende

Falls das 30. Lebensjahr überschritten wurde, bitte begründen:

Ich bin Promotionsstudent.

☐ Ja, seit dem

☐ Ich wurde bereits von der Krankenversicherung

mit Wirkung vom

durch die

(Name der Krankenkasse)

von der Versicherungspflicht befreit.

(Bitte eine Kopie des Befreiungsbescheides beifügen)

Angaben zu Beschäftigungen neben meinem Studium

☐ Ich übe folgende Beschäftigungen neben dem Studium aus:

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Anzahl der Wochenarbeitsstunden

Ist das Arbeitsverhältnis befristet? (Nein/Wenn ja, wie lange?)

Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus

(Bitte Gewerbeanmeldung und letzten Steuerbescheid** beifügen)

☐ Ja, wöchentliche Arbeitszeit Stunden

Jährliches Einkommen aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit

€

Ich absolviere ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum

☐ Ja, Art der Tätigkeit

gegen Arbeitsgeld ☐ nein

☐ ja, in Höhe von monatlich €

von bis voraussichtlich

Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Ich bin Auszubildender des zweiten Bildungsweges

(Bitte Schulbescheinigung beifügen)

☐ Ich bin Auszubildender des zweiten Bildungsweges und befinde mich in einem nach dem BAföG förderungsfähigen Teil des Ausbildungsabschnitts

von bis voraussichtlich

Meine sonstigen Einnahmen

(Bitte Bescheid/-e beifügen)

☐ Ich beziehe eine inländische/ausländische gesetzliche Rente.

☐ Ich beziehe Versorgungsbezüge, z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung.

Meine Beitragszahlung

☐ Ich bezahle den Semesterbeitrag im Voraus.

☐ Ich möchte künftige Zahlungen von meinem Bankkonto einziehen lassen. Dazu habe ich das separate **SEPA-Lastschriftmandat** vollständig ausgefüllt und beigelegt.

Angaben zur Prüfung des Zusatzbeitrags in der Pflegeversicherung

Ich habe/hatte Kinder

(leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder, Pflegekinder).

☐ Ja (Bitte Nachweise, z. B. Geburtsurkunde, beifügen)

☐ Nein

Steuerliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (Bürgerentlastungsgesetz)

Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden elektronisch an das Finanzamt übermittelt. Hierzu bitten wir um Angabe der Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilten Steuer-Identifikationsnummer. Die vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) mitgeteilte Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) lautet (erforderlich):

Ist eine Angabe nicht möglich, bin ich mit einer maschinellen Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern einverstanden.

Sonstiges*

☐ Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.

☐ Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

☐ Ja, ich wünsche Informationen zu den IKK Spartarifen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Erklärung und Antrag

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Tätigkeit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht) werden der IKK classic unverzüglich mitgeteilt. Die Information zur Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Berater

Ort

Datum

Unterschrift des Kunden

** Angaben im Einkommensteuerbescheid, die nicht Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit oder einem Gewerbebetrieb betreffen, können von Ihnen geschwärzt werden.