

# Mitgliedsantrag für Studenten

**Ja, ich möchte ab dem .....** **Mitglied der BKK firmus werden!**

**Persönliche Angaben:**  Frau  Herr

**Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:**

Name

(Fach-) Hochschule

Vorname

Fachrichtung

Geburtsdatum

Aktuelles Fachsemester Studium seit/ab dem bis voraussichtlich

Straße | Hausnummer

**Bitte fügen Sie eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung bei!**

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.  
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

PLZ | Ort

**Angaben zu den Einkünften:**

Ich beziehe bzw. beantrage Leistungen bei der Agentur für Arbeit.  
 Ich bin während des Studiums beschäftigt oder selbstständig tätig.

Telefon privat Telefon mobil

Wöchentliche Arbeitszeit Stunden

Wöchentliche Studienzzeit Stunden

E-Mail

Monatliches Bruttoentgelt €

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

Monatlicher Gewinn im Sinne des Einkommensteuerrechts €

sonst: Geburtsort, -land Geburtsname

**Sachleistungsanspruch Ausland:**

Ich habe Anspruch auf Sachleistungen nach ausländischem Recht.

Staatsangehörigkeit

**Familienstand**

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  
 verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft

**Lichtbild für die eGK:**

**Das Passfoto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

lege ich bei  reiche ich nach  liegt bereits vor

**Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:**

Meine bisherige Krankenkasse

Ort

von bis

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.)

**Art der bisherigen Versicherung**

pflichtig  freiwillig  privat  familienversichert

**Angaben zur Familie:**

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern:  Ja  Nein

Ehegatte  Lebenspartner  Kind/er

**Den Antrag auf Familienversicherung**

lege ich bei  reiche ich nach  bitte zusenden

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners

Krankenkasse des Ehegatten/Partners

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.

Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

**Datenschutz und Einwilligung:**

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Datum

x

Unterschrift

Vermittlernummer /  
MA BKK firmus

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| KVNR / Mandatsreferenz    | BNR |
| Name Versicherter / Firma |     |
| Straße, PLZ Ort           |     |

Bitte senden an:

|   |
|---|
| <p><b>BKK firmus</b><br/> <b>29192 Bremen</b></p> |
|---|

Telefax: 0421 6434-451  
E-Mail: [info@bkk-firmus.de](mailto:info@bkk-firmus.de)

|  |
|--|
| <p><b>Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren</b></p> <p><b>Gültig für Beiträge ab .....</b></p> |
|--|

|  |  |
|--|--|
| Name und Anschrift des Zahlungsempfängers<br><b>BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen</b> | Gläubiger-Identifikationsnummer<br><b>DE46ZZZ00000026592</b> |
|--|--|

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschrift-Mandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK firmus auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die BKK firmus mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

|   |                    |
|---|--------------------|
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)           |                    |
| Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers) |                    |
| IBAN (22 Stellen)<br><b>DE</b>                        |                    |
| BIC (11 Stellen)                                      |                    |
| Name des Kreditinstituts                              |                    |
| Ort, Datum  | ggf. Firmenstempel |
| Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)   |                    |

## Information über die steuerliche Absetzbarkeit Ihrer gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Seit Einführung des sogenannten Bürgerentlastungsgesetzes zum 01.01.2010 können die gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Steuererklärung als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Nähere Informationen hierzu erteilt Ihnen gerne Ihr zuständiges Finanzamt.

Damit Sie auch im vollen Umfang von dieser Regelung profitieren können, haben wir als Ihre Krankenkasse jeweils zum 28.02. eines Jahres die für das Vorjahr gezahlten Beiträge an das Bundeszentralamt für Steuern zu melden. Diese Meldung dürfen wir allerdings nur dann absetzen, wenn Sie uns vorher Ihre schriftliche Einwilligung erteilen (§10 Abs. 2a EStG).

Wir bitten Sie daher, folgende Erklärung auszufüllen und auch Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer einzutragen. Diese Nummer wurde jedem Steuerpflichtigen in einem Schreiben vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

## Einwilligungserklärung zum Bürgerentlastungsgesetz

Hiermit willige ich ein, dass die BKK firmus meine für jedes Kalenderjahr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge jährlich über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen an das Bundeszentralamt für Steuern meldet.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Hierdurch könnten mir jedoch steuerliche Nachteile entstehen.

Der Widerruf ist an die BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen zu richten und kann nur vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung nicht mehr gelten soll.

**Meine persönliche Steuer-Identifikationsnummer lautet:** .....

x

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift