

**Per Fax an 089 92352270**

## Aufnahme-Antrag

### Ja, ich werde KKH-Mitglied

zum (bitte Datum eintragen)

Name	Vorname	ggf. Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort	
Telefon	E-Mail	

### Ich studiere

ab/seit \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 an der Hochschule/Fachhochschule/sonstige Bildungseinrichtung \_\_\_\_\_ Studiengang \_\_\_\_\_  
 Ich studiere im \_\_\_\_\_ Fachsemester (Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

### Versicherungsrelevante Angaben

Ich beziehe eine Rente (Waisenrente)  ja  nein  
 Ich war zuletzt  pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  privat krankenversichert

bei der (Name und Ort der Krankenkasse) \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich war in den letzten 18 Monaten nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse  ja  nein  
 Ich benötige eine Bescheinigung für den BAföG-Beitragszuschuss  ja  nein  
 Ich beantrage monatliche Beitragszahlung  ja  nein

Ich bin  
 krankenversicherungspflichtig nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses, des Bezuges von Rente oder Übergangsgeldes)  ja  nein  
 als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs oder Sprachkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben  ja  nein  
 beschäftigt als \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  ja  nein  
 selbstständig/freiberuflich tätig als \_\_\_\_\_  ja  nein  
 als Beamter/Beamtin krankenversicherungsfrei  ja  nein

Ich habe mich von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten befreien lassen  ja  nein

durch (Name und Ort der Krankenkasse, die die Befreiung ausgesprochen hat) \_\_\_\_\_ Datum des Befreiungsbescheides \_\_\_\_\_

Besteht eine Zusatzversicherung bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte online am Versichertenportal der KKH teilnehmen. Die Teilnahmebedingungen für diesen Online-Service werden mir nach der Registrierung zur Verfügung gestellt. (Hinweis: Angabe der E-Mail-Adresse für Portalteilnahme unbedingt erforderlich).

Die Angaben erfolgten nach bestem Wissen. Die Erhebung der vorstehenden Angaben ist für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V + BföG) zulässig. Die Angaben der Telefon-Nummer/E-Mail-Anschrift/Zusatzversicherung sind freiwillig.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_ Fremd-Nr. \_\_\_\_\_ B-Nr. \_\_\_\_\_

**KKH-Service "Lastschriftinzug"**

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Kaufmännische, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto per Lastschrift erstmalig für den

Beitragsmonat/Jahr \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Datum und  
Unterschrift \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht der KKH gegenüber widerrufen wird.