

BKK24
Team Fami/KVDS
Sülbecker Brand 1
31681 Obernkirchen

Senden Sie das ausgefüllte Formular gerne per Post oder per E-Mail an uns zurück.



studenten@bkk24.de

ANTRAG ZUR STUDENTISCHEN KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Während ihres Studiums können Sie sich bei der BKK24 zum Studententarif versichern.

Über die Höhe Ihres Betrags zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung informieren wir Sie mit Ihrem Beitragsbescheid. Den aktuellen Beitrag finden Sie hier: <https://www.bkk24.de/beitragssaetze>

Die Pflichtversicherung als Student besteht grundsätzlich längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Sie endet nach Ablauf des Semesters, für das Sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

Sollten Sie während des Studiums eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufnehmen, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.

Am einfachsten ist es, wenn Sie uns ein SEPA-Mandat für die Beiträge erteilen. Dann ist eine monatliche Zahlung möglich. Alternativ müssen die Beiträge für das Semester im Voraus gezahlt werden.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich einen Antrag zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Ich übe eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus:

☐

Ja

☐

Nein

Haben Sie Kinder:

☐

Ja

☐

Nein

Anzahl:

(bitte Geburtsurkunde beifügen, sofern diese noch nicht existiert)



Länger besser leben.

BKK24
Team Fami/KVDS
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen

Rücksendung per:

BKK24-App / Online-Geschäftsstelle

E-Mail: bankverbindungen@bkk24.de

Post: siehe nebenstehende Adresse

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE47ZZZ00000095056

Mandatsreferenz:

Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns per E-Mail, BKK24-App oder per Post zurück!

Hiermit ermächtige ich die BKK24 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK24 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

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.

Sepa-Lastschriftmandat gültig ab:		☐ sofort	☒ zum	T T M M J J J J
Name				
Vorname				
Versichertennummer			Geburtsdatum	T T M M J J J J
Straße				Nr.
PLZ	Ort			
Telefon				
Kreditinstitut (Name)				
IBAN				(22-stellig)
BIC				
Datum	T T M M J J J J	Ort		
Unterschrift Kontoinhaber				
Nur ausfüllen, falls Zahlung für eine andere Person erfolgt:				
☐ Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zahlungsverpflichtung mit: (Abweichender Zahlungspflichtiger)				
Name				
Vorname				
PLZ	Ort			