

## Erklärung zur Kranken- und Pflegeversicherungspflicht als Student(in) in der energie-BKK

**1**

|                                                                                   |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Name, Vorname                                                                     | Geburtsdatum               |
| Straße, Postleitzahl, Wohnort                                                     | Familienstand              |
| Semesteranschrift (falls abweichend)                                              |                            |
| Rentenversicherungsnummer                                                         | Krankenversicherungsnummer |
| <input type="radio"/> Eine Rentenversicherungsnummer wurde bisher nicht vergeben. |                            |

**2**

|                                             |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name und Anschrift der Hochschule           |                                                                                                                                      |
| <b>Wann beginnt das Hochschulsesemester</b> | <input type="radio"/> 01.02./01.08 <input type="radio"/> 01.03./01.09. <input type="radio"/> 01.04./01.10.                           |
| Tag der erstmaligen Einschreibung           | Aktuelle Anzahl der bisherigen <b>Fach</b> semester (Bitte fügen Sie der Erklärung eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung bei.) |

**3**

|                                                  |                                                                    |           |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Ich habe Wehr- oder Zivildienst geleistet</b> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein                | von / bis |
| <b>Art des Dienstes</b>                          | <input type="radio"/> Wehrdienst <input type="radio"/> Zivildienst |           |

**4**

|                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge.                                                                                  |
| <input type="radio"/> Ich bin Geistlicher einer als öffentlich-rechtliche Körperschaft anerkannten Religionsgemeinschaft und habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe. |
| <input type="radio"/> Mir ist Ruhegehalt / ein vergleichbarer Bezug zuerkannt. Ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.                                                                     |
| <input type="radio"/> Ich bin Ordensschwester bzw. satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft / Diakonisse.                                                                                                                                  |
| <input type="radio"/> Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt <input type="radio"/> Entsprechende Nachweise reiche ich nach                                                                                                                              |

**5**

|                                                                                                                   |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Ich habe meinen Wohnsitz im Ausland und Anspruch auf Leistungen nach über- bzw. zwischenstaatlichem Recht.</b> | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja              |
| <input type="radio"/> Die Anspruchsbescheinigung liegt bei                                                        | <input type="radio"/> Die Anspruchsbescheinigung reiche ich nach |

Name, Vorname

6

|                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Ich bin während des Studiums <b>hauptberuflich</b> selbstständig erwerbstätig als |                                |
| €                                                                                 |                                |
| Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden)                                                | Höhe der monatlichen Einnahmen |

7

|                                                                      |                                |                      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Ich bin während des Studiums als Arbeitnehmer <b>beschäftigt</b> als |                                | Beschäftigungsbeginn |
| €                                                                    |                                |                      |
| Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden)                                   | Höhe der monatlichen Einnahmen |                      |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers                                  |                                |                      |

8

|                                                                  |                                                               |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Ich beziehe folgende (weitere) Einkünfte                         |                                                               |
| €                                                                | €                                                             |
| Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von (mtl) | Einen Versorgungsbezug (z.B. Betriebsrente) in Höhe von (mtl) |

9

**Prüfung der Elterneigenschaft** ☐ Ich bin „kinderlos“ ☐ Ich bin **nicht** „kinderlos“

(als Kinder gelten unabhängig des Lebensalters: leibliche Kinder, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder). Bitte entsprechende Bescheinigung beifügen (z.B. Geburtsurkunde in Kopie)

**Ich wünsche die Familienversicherung für meine Angehörigen** ☐ Nein ☐ Ja, bitte Fragebogen zusenden.

10

**Beitragszahlung**

☐ Die Beiträge sollen jeweils zum 15. eines Monats für den Vormonat von meinem Konto abgebucht werden.  
(Bitte füllen Sie dazu das anliegende Formular aus und senden es mit dem Antrag an uns zurück)

☐ Die Beiträge werden von mir jeweils für ein Semester im Voraus überwiesen.

**Von den Hinweisen auf dem anliegenden „Kleingedruckten“ habe ich Kenntnis genommen.** (ssbid)

Datum und Unterschrift

Telefonnummer

## KLEINGEDRUCKTES

---

Name, Vorname

---

Sie haben sich für die Krankenversicherung der Studenten (KVdS) bei der energie-BKK entschieden, und möchten noch ein paar Infos haben? Kein Problem:

### Wie hoch sind eigentlich die Beiträge zur „KVdS“?

Der aktuelle Monatsbeitrag (2023) ist 95,90 € (inkl. kassenindividuellen Zusatzbeitrag) zur Krankenversicherung und 32,48 € für kinderlose Mitglieder (27,61 Euro für Eltern) zur sozialen Pflegeversicherung. Die energie-BKK erhebt einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag in Höhe von 1,59 %. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung beträgt 4,00 % für Kinderlose, und 3,40 % für Eltern (Beitragssätze ab 01.07.2023).

### Erhalte ich einen Beitragszuschuss?

Falls Sie zum BaföG-berechtigten Personenkreis gehören, erhöht sich für Sie mit dem Beginn der Beitragspflicht der monatliche Förderungssatz.

### Wann endet die studentische Krankenversicherung?

Die „KVdS“ besteht längstens bis zum Ende des Semesters, in dem Sie das 30. Lebensjahr vollenden. Danach kann die studentische Krankenversicherung weiter bestehen, wenn die Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe eine längere Dauer rechtfertigt.

### Die studentische Kranken- und Pflegeversicherung endet in folgenden Fällen früher:

- bei Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung,
- bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld,
- bei Beginn der Krankenversicherung der Rentner,
- bei Eintritt einer beitragsfreien Familienversicherung,
- einen Monat nach dem Ende des Semesters, für das Sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben,
- bei Exmatrikulation mit Ende des Semesters.

### Sind Ihre Fragen alle beantwortet?

Falls nicht - einfach die kostenlose Servicenummer wählen: 0800 1554554. Sie können sich auf uns verlassen!

An die  
energie-BKK  
Mitgliedschaft & Familienversicherung  
30134 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE 43ZZZ00000058171

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

Sie möchten der energie-BKK ein SEPA-Lastschrift-Mandat erteilen? Dazu füllen Sie bitte dieses Formular vollständig aus und senden es an die oben genannte Anschrift oder per E-Mail: meldungen@energie-bkk.de.

Ich (Wir) ermächtige(n) die Zahlungsempfängerin widerruflich, wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der energie-BKK auf mein (unser) Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|                                                                                                                                                                   |                 |                                 |                              |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Sepa-Lastschriftmandat gültig ab:                                                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> sofort | <input type="checkbox"/> 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)    |
| Datum                                                                                                                                                             | T T M M J J J J | Ort                             |                              |                 |
| Unterschrift Kontoinhaber                                                                                                                                         |                 |                                 |                              |                 |
| Nur ausfüllen, falls Zahlung für eine andere Person erfolgt:                                                                                                      |                 |                                 |                              |                 |
| <input type="checkbox"/> Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zahlungsverpflichtung mit: (Abweichender Zahlungspflichtiger) |                 |                                 |                              |                 |
| Name                                                                                                                                                              |                 |                                 |                              |                 |
| Vorname                                                                                                                                                           |                 |                                 |                              |                 |
| PLZ                                                                                                                                                               | Ort             |                                 |                              |                 |