

# Zusätzliche Angaben für Studenten

Ab dem Beginn meiner Mitgliedschaft besteht für mich kein anderweitiger Anspruch auf Versicherungsschutz.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Universität/Hochschule: \_\_\_\_\_

Hochschulzugangsberechtigung erworben am: \_\_\_\_\_

Fachrichtung bei Beginn der Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

**Erstimmatrikulation:**

WS Jahr: \_\_\_\_\_

SS Jahr: \_\_\_\_\_

**Studium abgeschlossen:**

Ja  Nein

Vorher eingeschrieben in der Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Ich bin von der Krankenversicherungspflicht befreit:  Ja  Nein

Ich bin von der Pflegeversicherungspflicht befreit:  Ja  Nein

Ich übe eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus (*Minijob*):  Ja  Nein

Ich stehe in einem Beschäftigungsverhältnis als Werkstudent/in:  Ja  Nein

Ich bin selbstständig tätig:  Ja  Nein

Ich erhalte bzw. habe eine deutsche Rente beantragt:  Ja  Nein

Ich erhalte bzw. habe eine ausländische Rente beantragt:  Ja  Nein

Ich erhalte bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt:  Ja  Nein

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften eigene Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge:  Ja  Nein

Ich habe Wehr-/Zivil-/Bundesfreiwilligendienst geleistet:  Ja  Nein

Bitte reichen Sie die entsprechenden Nachweise ein, sofern eine Frage mit Ja beantwortet wurde.

Ort

Datum

Unterschrift

R+V BKK  
65215 Wiesbaden

oder per Fax an: 0611 99909-152

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE83ZZZ00000090916

Mandatsreferenz:  
Wird separat mitgeteilt

Versichertennummer

## SEPA-Lastschriftmandat

### Mitglieder

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname, Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_  
BIC (8- oder 11-stellig): \_\_\_\_\_  
IBAN (max. 31-stellig): \_\_\_\_\_

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

#### Bei abweichendem Kontoinhaber:

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

