

# Anmeldung für die studentische Krankenversicherung



Antwort

Hamburg Münchener Krankenkasse  
Regionalzentrum  
Lessingstraße 2  
04109 Leipzig

## Ja, ich möchte Mitglied der Hamburg Münchener werden

ab \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Diese Angaben sind freiwillig.

## Ich zahle meinen Beitrag mtl. per Einzugsermächtigung

Konto Nr. \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Für meine Angehörigen beantrage ich

zusätzlich die kostenlose Familienversicherung  ja  nein

Ich habe Kinder (auch Stief-/Adoptiv-/Pflegekinder)  ja  nein  
(bitte Nachweis beifügen)

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Hinweis: Die Angabe der persönlichen Sozialdaten ist für die Durchführung unserer Aufgaben gemäß § 284 SGB V sowie § 94 SGB XI erforderlich.

## Ich studiere

seit/ab \_\_\_\_\_ Zugangsvoraussetzungen erworben am \_\_\_\_\_

an der (Fach-) Hochschule \_\_\_\_\_

im \_\_\_\_\_ Fachsemester (bitte aktuelle Anzahl angeben)

## Ich bin neben dem Studium

beschäftigt  ja  nein

selbstständig/freiberuflich tätig  ja  nein

Ich bin von der Kranken-/Pflegerversicherungspflicht befreit (bitte Nachweis beifügen)  ja  nein

Rentantragsteller bzw. Rentner  ja  nein

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension)  ja  nein

## Ich war die letzten 18 Monate bei folgender/n Krankenkasse/n versichert

Mitglied (MG), Familienversicherung (FV), private Krankenversicherung (PKV), nicht versichert (N)

von	bis	Art der Versicherung				Krankenkasse/Versicherungsträger
		MG	FV	PKV	N	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Eine Kündigungsbestätigung der Vorkasse ist

beigelegt  wird nachgereicht

Bearbeitungsvermerk Hamburg Münchener Krankenkasse  
Empfohlen von **Unister GmbH/ Frau Schmidt**

Sachbearbeiter \_\_\_\_\_

Geprüft \_\_\_\_\_ VKL \_\_\_\_\_ SPS \_\_\_\_\_