

6. Ich bin ordentlicher Studierender zurzeit beurlaubt wegen _____
 Gaststudierender (Gasthörer) exmatrikuliert ab _____
 über das Gesamtergebnis der Prüfungsleistung meines Studienabschlusses als Bachelor/Master (Nichtzutreffendes bitte nach Ausdruck durchstreichen) offiziell schriftlich unterrichtet worden am _____

7. Ich belege ab _____ das Sommer-/Winter-Semester _____
und studiere im _____ Semester an der _____
 Studium in Vollzeit
 Studium in Teilzeit – Regelstudienzeit Teilzeitstudium _____
– Regelstudienzeit vergleichbares Vollzeitstudium _____

Angestrebter Studienabschluss: _____ Studienende voraussichtlich _____
Letzte offizielle Vorlesung im laufenden Semester am _____
Erste offizielle Vorlesung im nächsten Semester am _____

8. Ich bin derzeit Mitglied familienversichert bei folgender Krankenkasse: _____
Ich bin derzeit privatversichert bei _____

9. Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten an die SBK zur sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung weitergegeben werden und die SBK diese Daten für die Dauer meines Beschäftigungsverhältnisses zu Prüfzwecken zur Verfügung hält. Ich bin damit einverstanden, dass die SBK dazu meine hier angegebenen Daten verwendet und mich per Post und telefonisch informiert.
 Ja, ich möchte wertvolle Informationen zu den Leistungs- und Versicherungsangeboten der SBK erhalten. Ich bin damit einverstanden, dass die SBK dazu meine hier angegebenen Daten verwendet und mich per Post und telefonisch informiert.

**Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die in diesem Formular gemachten Angaben richtig sind.
Ich verpflichte mich, jede Änderung unverzüglich mitzuteilen.**

Datum Name/Vorname (Druckschrift) Telefon (mobil) Unterschrift

Bestätigung des Arbeitgebers (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Die Angaben zur Beschäftigung unter Punkt 1 wurden von uns geprüft. Eine Kopie der Immatrikulationsbescheinigung / des Nachweises über ein Praktikum / der Schulbescheinigung wurde zu der Personalakte genommen. Änderungen im Beschäftigungsverhältnis, die sich auf die Sozialversicherung auswirken können, werden wir umgehend mitteilen.

Geringfügig entlohnte Beschäftigte: Antrag auf Befreiung von der RV-Pflicht liegt vor: Nein Ja, Befreiung wirkt ab _____

Datum Bearbeiter Telefon-Nr. Stempel/Unterschrift

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt:

Beurteilungsergebnis (für Versicherte der SBK)/**Beratungsergebnis** (für Versicherte anderer Kassen)

Es besteht

Krankenversicherungspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein
Beitragssatz Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Allgemein, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ermäßigt, ab
Rentenversicherungspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein
Arbeitslosenversicherungspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein
Pflegeversicherungspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein
KV-Pauschalbeitrag (wenn gesetzlich versichert):	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein
RV-Pauschalbeitrag:	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein

Personenkreis (Personengruppe):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer (101) | <input type="checkbox"/> Auszubildender (102) | <input type="checkbox"/> Praktikant (105) | <input type="checkbox"/> Werkstudent (106) |
| <input type="checkbox"/> Geringf. Beschäftigung (109) | <input type="checkbox"/> Kurzfr. Beschäftigung (110) | <input type="checkbox"/> Azubi < 325 € (121) | <input type="checkbox"/> Nur Unfallvers. (190) |

<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Datum	Name	Telefon-Nr.	Stempel/Unterschrift der SBK

