

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 Abgabe einer Einschätzung über meine Sozialversicherungspflicht weitergegeben werden und die SBK diese Daten für die Dauer meines Beschäftigungsverhältnisses für Nachfragen 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 vollständig und richtig sind. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Im Sozialversicherungsrecht können Sie erst mit der Vollendung des 15. Lebensjahres Anträge und Handlungen ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vornehmen. Bitte ergänzen Sie daher die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, sofern Sie das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Nur dann können Sie unseren Service nutzen.

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer und genehmige bzw. stimme den oben gemachten Angaben zu.

Name/Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

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:

Sozialversicherungsrechtliche Einschätzung*

Es besteht

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

Datum Name Telefon-Nr. Stempel/Unterschrift der SBK

* Bei der Einschätzung handelt es sich um keinen Verwaltungsakt. Eine rechtsverbindliche Beurteilung erfolgt durch den Arbeitgeber oder die zuständige Einzugsstelle.

