

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

Bitte zurücksenden an:

**An die
Hanseatische Krankenkasse
- Beitragszentrum -
22034 Hamburg**

I. Allgemeine Voraussetzungen

1. Sind Sie neben Ihrem Studium beschäftigt? Seit wann üben Sie diese Beschäftigung aus? Ist diese Beschäftigung von vornherein befristet? Üben Sie noch weitere Beschäftigungen aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ wöchentliche Arbeitszeit _____ Std. monatlicher Bruttoverdienst _____ Euro seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben hierzu unter „Bemerkungen“)
2. Üben Sie eine selbständige Tätigkeit aus? Welcher zeitliche Aufwand ist dafür in der Woche erforderlich? Welches Einkommen (maßgebend sind die Einkünfte im Sinne des Steuerrechts) erzielen Sie monatlich aus dieser Tätigkeit? Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich bin tätig als _____ _____ Stunden _____ Euro brutto <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

II. Spezielle Voraussetzungen

1. Welche/s Fach / Fächer studieren Sie?	
2. Studieren Sie an einer Fachhochschule oder Universität?	<input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> Universität
3. Name und Anschrift der Ausbildungsstätte Matrikel-Nummer	_____ _____
4. Wann haben Sie mit dem Studium begonnen?	Sommer- / Wintersemester 20_____
5. Wie viele Semester werden Sie voraussichtlich studieren?	_____ Semester
6. Haben Sie vorher eine oder mehrere Fachrichtungen studiert? Haben Sie dieses Studium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Fachrichtung/en 1. _____ / _____ Semester 2. _____ / _____ Semester <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sie können zwischen folgenden zwei Zahlungsmöglichkeiten, die der Gesetzgeber vorgibt, wählen:

- Ich nehme nicht am Bankeinzugsverfahren teil und zahle daher die Beiträge für das Semester im Voraus.
- Bitte ziehen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf von folgendem Konto ein. Der Einzug erfolgt jeweils am 15. des Monats für den Vormonat:

Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Gegebenenfalls abweichender Kontoinhaber _____

Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers _____

- Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert. Meine E-Mail-Adresse lautet: _____

Telefonisch bin ich zu erreichen unter der Nr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift