



BKK ZF & Partner
Postfach 11 80
88001 Friedrichshafen

BKK ZF & Partner
Partner für Ihre Gesundheit



Anmeldung zur Krankenversicherung der Studenten (KVdS)

Beginn: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Bisherige Krankenkasse: _____

1. Studium

Beginn des Studiums: _____

Name der Uni/Fachhochschule: _____

Anschrift: _____

Ich befinde mich derzeit im _____ Fachsemester.
Eine Studienbescheinigung für das aktuelle Studiensemester füge ich bei.

Ich bin Promotionsstudent ja nein

2. Einnahmen

Über welche Einnahmen verfügen Sie?

- Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung
 - Rente
 - Versorgungsbezüge
 - Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Bitte fügen Sie dem Antrag die entsprechenden Nachweise bei!*

3. Familienversicherung

Ich habe Kinder ja nein
Nachweis ist erforderlich (z.B. Geburtsurkunde)

Meine Kinder sollen mitversichert werden ja nein

Mein Ehepartner/Lebenspartner soll mitversichert werden ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Student / Unterschrift Kontoinhaber