

Ich beantrage die Mitgliedschaft als **versicherungspflichtige/r Student/in** ab dem _____

Titel	Name	Vorname		Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsname		Geburtsort	Geburtsdatum	
Straße mit Hausnummer			Familienstand	Staatsangehörigkeit
PLZ / Ort			Rentenversicherungsnummer*	
Telefon tagsüber		E-Mail	Lebenslange Krankenversicherungsnummer	

Ich bin Student/in der

_____ Name der Hochschule bzw. Fachhochschule

Ich studiere im _____ Fachsemester.	voraussichtliches Studienende:
Semesterbeginn ist der:	Tag der Einschreibung/Rückmeldung:

eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung lege ich bei

Ich habe Grundwehr-/ bzw. Zivildienst geleistet: nein ja (bitte Bescheinigung beifügen)

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 18 Monaten versichert?

Name und Anschrift	Zeitraum vom _____ bis _____
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Name und Anschrift	Zeitraum vom _____ bis _____
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert

Ich bin/habe während des Studiums noch:

• beschäftigt: nein ja, vom _____ bis _____

als	wöchentliche Arbeitszeit	monatliches Arbeitsentgelt	Arbeitgeber mit Anschrift
	Stunden	€/EURO	

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig: nein ja
- Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge: nein ja
- Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach über- bzw. zwischenstaatlichem Recht (bei Studenten mit ausländischem Wohnsitz): nein ja

Bankverbindung

Geldinstitut	BIC	IBAN
--------------	-----	------

Die Beiträge sollen von dem o.g. Konto abgebucht werden. Änderungen bezüglich der im Antrag gemachten Angaben werde ich Ihnen umgehend schriftlich mitteilen.
Das Informationsblatt zum Pflegeversicherungsbeitrag habe ich erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Die Angaben sind zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlich. Sie unterliegen dem Datenschutz.
Wurde zu einem früheren Zeitpunkt eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht als Student ausgesprochen (§ 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) so ist dies der SKD BKK mit diesem Antrag anzuzeigen.
 Bitte senden Sie den Originalantrag an: SKD BKK, Schultesstraße 19a, 97421 Schweinfurt