

# Fragebogen Student

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **Angaben zum Antrag:**

Detaillierte Angaben ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen.

Wie lautet die Fachrichtung Ihres Studienganges?

\_\_\_\_\_

Welchen Abschluss streben Sie an?

\_\_\_\_\_

Welche Semesteranzahl ist bis zu diesem Abschluss noch zu erwarten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift