



Name des Auszubildenden: _____

Förderungsnummer: _____

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Name und Anschrift des Krankenversicherungsunternehmers:

 gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse –
Betriebskrankenkasse
 privates Versicherungsunternehmen*

Herr Frau _____ geb. am _____
Name des Versicherten Geburtsdatum

ist seit _____ im WS/SS _____

als Student/in Halb-/Vollwaise Arbeitnehmer/in beitragsfrei (z. B.: Familienversicherung)

nach § 5 Abs. _____ Nr. _____ SGB V versichert!
Bitte eintragen!

⇒ Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt monatlich: € _____

Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung JA NEIN

(In der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 9, 10 oder Abs. 3 SGB XI oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 23 SGB XI)

* Zusatzangaben bei privat Versicherten

⇒ Diese Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von ____ %, aus der der/die Versicherte Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.

⇒ Die Vertragsleistungen umfassen gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung.

JA NEIN

⇒ Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt monatlich: _____ €

⇒ Wir erfüllen die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Voraussetzungen.

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsunternehmens