

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

Familiename, Vorname(n) des Antragsstellers, Anschrift	Geburtsdatum
--------------------------------------------------------	--------------

Ist in unserem Unternehmen (s. Stempel Unterschrift) wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Krankenversicherung

Beitragspflichtig versichert ausschließlich: als Arbeitnehmer/in als Halb-/Voll-
waise
 als Student
(Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9, 10, 13 SGB V oder § 9 SGB V und § 20 Abs. 1 Nr. 9, 10, 12
oder Abs. 2 SGB XI)

Monatsbeitrag : _____ € ab: _____
(Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG)

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung oder beitragsfreie Versicherung.

Ja Nein

Aus dieser beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. (Hinweis: Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen)

Ja Nein

2. Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag

Wir sind ein(e)

gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse
 Privates Krankenversicherungsunternehmen

Zusatzangaben (nur bei privaten Krankenversicherungsunternehmen)

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen

des § 257 Abs. 2a und 2b SGB V

Ja

Nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsantrag

- sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen
Kosten begrenzt (z. B. Prozenttarif) Ja Nein

- umfassen (z. B. bei „Beamtentarif“) gesondert berechenbare
Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer
Krankenhausbehandlung Ja Nein

3. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

Ja Nein

Stempel des Versicherungsunternehmens	Telefon der Versicherungsunternehmens (für Rückfragen)
_____	_____
Datum	Unterschrift