

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Anschrift des Amtes für Ausbildungsförderung :

Familienname, Vorname(n) des Antragstellers, Anschrift	Geburtsdatum
--	--------------

ist in unserem Unternehmen (siehe Stempel/Unterschrift) wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Krankenversicherung

- Der Antragsteller ist **ausschließlich** beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V
- Der Antragsteller ist freiwillig versichert nach § 9 SGB V
- Der Antragsteller ist freiwillig versichert mit Beitragsberechnung nach § 240 Abs. 4 S. 2 SGB V
- Der Antragsteller ist beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- Der Antragsteller ist privat versichert

Es handelt sich - **nicht** - um eine bloße Zusatzversicherung oder beitragsfreie Versicherung.

Der Monatsbeitrag beträgt: _____ **EURO** ab _____

(Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG.)

2. Angaben zur Art der Pflegeversicherung

- Der Antragsteller ist beitragspflichtig versichert nach § 20 Abs. 1 Nr. 9 oder Nr. 10 SGB XI
- Der Antragsteller ist Pflichtmitglied mit Beitragsberechnung nach § 57 Abs. 4 SGB XI
- Der Antragsteller ist Pflichtmitglied nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 oder § 20 Abs. 3 SGB XI
- Der Antragsteller ist nach § 23 SGB XI privat versichert (Voraussetzungen nach § 61 Abs. 5 SGB XI sind erfüllt).

Der Monatsbeitrag beträgt: _____ **EURO** ab _____

(Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG.)

3. 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 SGB V

Ja Nein

Aus der 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

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt
(Teilversicherung/Prozenttarif)

Ja Nein

Stempel des Versicherungsunternehmens	
_____	_____
Datum	Unterschrift

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens (für Rückfragen)
_____ / _____