

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 versicherungspflichtiger Student oder Praktikant nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V/ § 20 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB XI versichert

als freiwilliges Mitglied versichert. Die Beiträge werden nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V/§ 57 Abs. 4 SGB XI in Höhe des Studentenbeitrags berechnet.

als freiwilliges Mitglied nach § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 KVLG 1989/ § 20 Abs. 3 SGB XI versichert.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

als Pflichtmitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989/ § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI versichert.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

*Angaben bei privat Versicherten

Diese Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von _____%, aus 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.

Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt monatlich: _____ EUR

Der Pflegeversicherungsbeitrag beträgt monatlich: _____ EUR

Wir erfüllen die in § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V genannten Voraussetzungen.

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsunternehmens