

Name, Vorname des/der Auszubildenden

Geburtsdatum:

Hochschule / Studienfach

Förderungsnummer:

Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung des / der Auszubildenden gemäß §13 BAföG (Zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung)

Von der Krankenkasse/Pflegekasse/ vom Krankenversicherungsunternehmen auszufüllen

Stand 02/2020

Krankenversicherung

Der/Die o.g. Auszubildende ist im _____-Semester _____ bei uns wie folgt gegen Krankheit versichert:

familienmitversichert (§10 SGB V) über seine(n) / Ihre(n) Eltern Ehegatten

selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der gesetzlichen Krankenkasse

als Student(in) / Praktikant(in) nach § 5 Abs.1 Nr. 9 / Nr.10 SGB V

freiwilliges Mitglied (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Monatlicher Beitrag _____ Euro

selbst und ausschließlich beitragspflichtig bei unserem **privaten** Versicherungsunternehmen.

- Diese Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von _____ v.H.
- aus der der/die Versicherte Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.
- Die Vertragsleistungen umfassen bei stationärer Krankenhausbehandlung gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen ja nein
- Im ersten Monat des o.g. Semesters beträgt / betrug **der Krankenversicherungsbeitrag EUR** _____
- Die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Voraussetzungen sind erfüllt ja nein

auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____

Beginn des Versicherungsverhältnisses _____. _____. _____ (Tag, Monat, Jahr)

Pflegeversicherung

Der/Die o.g. Auszubildende ist im _____-Semester _____ bei uns wie folgt gegen das Pflegerisiko versichert:

familienmitversichert (§25 SGB XI) über seine(n) / Ihre(n) Eltern Ehegatten

selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der sozialen (**gesetzlichen**) Pflegeversicherung

als Student(in) / Praktikant(in) nach § 20 Abs.1 Nr. 9 / Nr.10 SGB XI

als Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung (§20 Abs. 1 Nr. 12 oder Abs. 3 SGB XI)

Höhe des monatlichen Beitrages in Euro _____

selbst und **ausschließlich beitragspflichtig** bei unserem **privaten** Versicherungsunternehmen (§23 SGB XI)

- Die in §61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt ja nein

auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____

Beginn des Versicherungsverhältnisses _____. _____. _____

Ort, Datum
Krankenversicherungsunternehmens

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse/Pflegeversicherung des

Stand 02/2020