

Förderungsnummer:

Name und Anschrift des Krankenversicherungsunternehmens

Bescheinigung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung
Für das Sommer-/Wintersemester 201__

Der/Die Student/in

Herr/Frau geb. am _____

- Der/Die Studierende ist bei uns **ausschließlich beitragspflichtig** krankenversichert und unser Versicherungsunternehmen erfüllt die in § 257 Abs. 2 a und b SGB V genannten Voraussetzungen.
- Die Versicherungsleistungen sind nicht begrenzt. Der/Die Versicherungsnehmer/in kann Leistungen beanspruchen, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit der Ausnahme des Kranken.- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.
- Die Versicherungsleistungen sind begrenzt. Die Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung in einem Erstattungssatz von _____ v.H., aus der/die Versicherte Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.
- Die Krankenversicherungsleistungen umfassen auch gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung:
 Ja Nein
- Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt _____ **Euro** ab Beginn des Sommer-/Wintersemesters 201__.
- Der/Die Studierende ist bei uns auch nach § 23 SGB I **ausschließlich beitragspflichtig** pflegeversichert. Unser Versicherungsunternehmen erfüllt die Voraussetzungen nach § 61 Abs. 6 SGB XI.

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des
Krankenversicherungsunternehmens