

**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