

## Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herr/Frau \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

### 1. Angaben zur Art der Krankenversicherung

- Beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V
- Beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V
- Beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- Freiwillig versichert nach § 9 SGB V
- \_\_\_\_\_

Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR ab \_\_\_\_\_  
(Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG).

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

Aus dieser 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

- Besteht eine Befreiung von der Beitragszahlung?

Nein  Ja, ab/seit \_\_\_\_\_

### 2. 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 und 2b SGB V  
 Ja  Nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

- sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt  
(z. B. Prozenttarif)  Ja  Nein

- umfassen (z. B. bei „Beamtentarifen“) gesondert berechenbare Unterkunft und/oder  
wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Ja  Nein

**3. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung**  Ja  Nein

**Stempel des Versicherungsunternehmens**

**Telefonnummer (für Rückfragen)**