

Bitte vollständig ausfüllen!
Zutreffendes ankreuzen

Name, Vorname des/der Auszubildenden	Geburtsdatum
Hochschule und Studienfach	Förderungsnummer

Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung des/der Auszubildenden gemäß § 13a BAföG (zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung)
Von der Krankenkasse / Pflegekasse / vom Krankenversicherungsunternehmen auszufüllen

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** Krankenversicherung

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

freiwillig beigetreten (§ 9 SGB V)

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/betrag 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: _____ . _____ . _____

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 Satz 1 Nr. 9 / Nr. 10 SGB XI

als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 III SGB XI)

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
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse/Pflegekasse/ des Krankenversicherungsunternehmens: