

Name und Anschrift des  
Krankenversicherungsunternehmens

Diese Bescheinigung ist zur Vorlage beim Amt für  
Ausbildungsförderung bestimmt

für das Sommer-/Wintersemester 20\_\_\_\_\_

|                    |               |            |
|--------------------|---------------|------------|
| Herr/Frau          | Name, Vorname | Geburtstag |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl  | Wohnort    |

ist bei uns versichert.

#### Zur Krankenversicherung:

- Diese Versicherung ist eine Krankenkostenversicherung 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 der Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.
- Die Vertragsleistungen umfassen gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenbehandlung:  ja  nein.
- Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ €
- Wir erfüllen die in § 257 Abs. 2a SGB V genannten Voraussetzungen.
- Beginn des Versicherungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

#### Zur privaten Pflegeversicherung:

- Der Versicherte ist selbst bei unserem Versicherungsunternehmen nach § 23 SGB XI versichert und in der privaten Pflegeversicherung  beitragsfrei  beitragspflichtig
- Wir erfüllen die in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen
- Beginn des Versicherungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift  
des Krankenversicherungsunternehmens

Herausgeber: Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung