

Name, Vorname

Förderungsnummer

Hinweis: Sie sind nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Sachaufklärung erforderlich sind, und die verlangten Nachweise vorzulegen. Ihre Angaben sind gemäß den Vorschriften des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) für die Entscheidung über den Antrag notwendig (§ 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, § 4 Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz). Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann Ihnen die Ausbildungsförderung nach dem BAföG versagt oder entzogen werden (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch). Weitere Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art. 13 Datenschutz-Grundordnung (DS-GVO) finden Sie unter: <https://www.bafög.de/hinweis>. Diese Informationen gelten auch für dieses Formular. Den zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: datenschutz@sw-os.de.

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