

Name, Vorname des / der Auszubildenden

Förderungsnummer

Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung des / der Auszubildenden gemäß § 13 a BAföG

– Zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung –

Von der Krankenkasse / Pflegekasse / dem Krankenversicherungsunternehmen auszufüllen

Krankenversicherung	Der / Die o.g. Auszubildende ist im _____ -semester _____ bei uns wie folgt gegen Krankheit versichert:
	<input type="checkbox"/> familienmitversichert (§10 SGB V) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten
	<input type="checkbox"/> selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> als Student(in) / Praktikant(in) nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 /Nr. 10 SGB V
	<input type="checkbox"/> freiwillig beigetreten (§ 9 SGB V)
	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	– Im ersten Monat des o.g. Semesters beträgt / betrug der Krankenversicherungsbeitrag _____ €
	– Die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Voraussetzungen sind erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____	
Beginn des Versicherungsverhältnisses: _____ . _____ . _____	

Pflegeversicherung	Der / Die o.g. Auszubildende ist im _____ -semester _____ bei uns wie folgt pflegeversichert:
	<input type="checkbox"/> familienmitversichert (§ 25 SGB XI) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten
	<input type="checkbox"/> selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der sozialen (gesetzlichen) Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> als Student(in) / Praktikant(in) nach § 20 Abs. 1 Nr. 9 /Nr. 10 SGB XI
	<input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI)
	<input type="checkbox"/> selbst und ausschließlich beitragspflichtig bei unserem privaten Versicherungsunternehmen (§ 23 SGB XI).
	– die in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____	
Beginn des Versicherungsverhältnisses: _____ . _____ . _____	

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Krankenkasse / Pflegekasse /
des Krankenversicherungsunternehmens