

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"/> familien mitversichert (§10 SGB V) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner
	<input type="checkbox"/> selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung <input type="checkbox"/> als Student(in) / Praktikant(in) / Schüler(in) nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 /Nr. 10/Nr. 13 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 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"/> familien mitversichert (§ 25 SGB XI) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner
	<input type="checkbox"/> selbst und ausschließlich beitragspflichtig in der sozialen (gesetzlichen) Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> als Student(in) / Praktikant(in) / Schüler(in) nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 /Nr. 10/Nr. 13 SGB V <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