

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**

<b>Krankenversicherung</b>	Der / Die o.g. Auszubildende ist im _____ -semester _____ bei uns wie folgt gegen Krankheit versichert:
	<input type="checkbox"/> <b>familien</b> mitversichert (§ 10 SGB V) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten <input type="checkbox"/> <b>selbst</b> und ausschließlich beitragspflichtig in der <b>gesetzlichen</b> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> <b>als Student(in) / Praktikant(in)</b> nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 / Nr. 10 SGB V <input type="checkbox"/> <b>freiwillig beigetreten</b> (§ 9 SGB V) <input type="checkbox"/> <b>selbst</b> und ausschließlich beitragspflichtig bei unserem <b>privaten</b> Versicherungsunternehmen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Die Vertragsleistungen umfassen bei stationärer Krankenhausbehandlung gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> <li>• Im ersten Monat des o.g. Semesters beträgt/betrug der <b>Krankenversicherungsbeitrag</b> EUR _____.</li> <li>• Die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Voraussetzungen sind erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <input type="checkbox"/> auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____ _____ <b>Beginn des Versicherungsverhältnisses:</b> _____ . _____ . _____

<b>Pflegeversicherung</b>	Der / Die o.g. Auszubildende ist im _____ -semester _____ bei uns wie folgt gegen das Pflegerisiko versichert:
	<input type="checkbox"/> <b>familien</b> mitversichert (§ 25 SGB XI) über seine(n) / ihre(n) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Ehegatten <input type="checkbox"/> <b>selbst</b> und ausschließlich beitragspflichtig in der sozialen ( <b>gesetzlichen</b> ) Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> <b>als Student(in) / Praktikant(in)</b> nach § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 / Nr. 10 SGB XI <input type="checkbox"/> <b>als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung</b> (§ 20 III SGB XI) <input type="checkbox"/> <b>selbst</b> und ausschließlich <b>beitragspflichtig</b> bei unserem <b>privaten</b> Versicherungsunternehmen (§ 23 SGB XI). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <input type="checkbox"/> auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____ _____ <b>Beginn des Versicherungsverhältnisses:</b> _____ . _____ . _____

Ort, Datum
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse/Pflegekasse/ des Krankenversicherungsunternehmens: