

Name und Anschrift des Krankenversicherungsunternehmens

**Diese Bescheinigung ist zur Vorlage
beim Amt für Ausbildungsförderung bestimmt**

für das Sommer-/Wintersemester

Schuljahr

/

☐ Frau ☐ Herr

Familienname, Vorname(n)

Geburtsname (wenn abweichend)

Geburtsdatum

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

ist bei uns versichert.

– Diese Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von v. H., aus 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 gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

☐ ja☐ nein

– Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt EUR

– Wir erfüllen die in § 257 Abs. 2a SGB V genannten Voraussetzungen.

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Antragstellung auf Ausbildungsförderung**Datum der Antragstellung**

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift
des Krankenversicherungsunternehmens