

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Zurück an:

Studentenwerk München
Amt für Ausbildungsförderung
Leopoldstraße 15
80802 München

Name, Vorname des/der Auszubildenden, Geburtsdatum

Hochschule und Studienfach

Förderungsnummer

Der / die o. g. Auszubildende ist im WS/SS _____ bei uns versichert und zwar seit dem _____. _____. ____.

1. Angaben zur Krankenversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Familienversicherung (§ 10 SGB V)

Selbst beitragspflichtig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung

als Student/in oder Praktikant/in (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 / Nr. 10 SGB V)

Freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V)

Selbst und ausschließlich beitragspflichtig privat krankenversichert

Der der/die Versicherte kann Leistungen beanspruchen, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes) entsprechen. Die in § 257 Abs. 2a SGB V genannten Voraussetzungen sind erfüllt. Es handelt sich nicht um eine Zusatzversicherung.

Die Vertragsleistungen sind begrenzt auf _____ % der erstattungsfähigen Kosten.

Im ersten Monat des o. g. Semesters beträgt/betrag der **Krankenversicherungsbeitrag** _____ €.

Auf sonstige Weise versichert, nämlich: _____

2. Angaben zur Pflegeversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Der/die o. g. Auszubildende ist bei uns ausschließlich beitragspflichtig versichert

in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Nummer 9, 10, 12 oder Absatz 3 SGB XI.

nach § 23 SGB XI. Die in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

auf sonstige Weise, nämlich: _____.

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens
für Rückfragen:

Datum, Unterschrift und Stempel des Versicherungs-
unternehmens: