

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

Datum: _____

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Schulausbildung/Fortbildung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

ist bei uns seit dem _____

als Arbeitnehmer Halb/Vollwaise _____

als versicherungspflichtiger Student oder Praktikant nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V / § 20 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB XI versichert

als freiwilliges Mitglied versichert. Die Beiträge werden nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V / § 57 Abs. 4 SGB XI in Höhe des Studentenbeitrages berechnet.

als freiwilliges Mitglied nach § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 KVLG 1989/ § 20 Abs. 3 SGB XI versichert.
Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ Euro
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ Euro

als Pflichtmitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989/ § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI versichert.
Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ Euro
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ Euro

beitragsfrei versichert (z.B. Familienversicherung)

privat versichert
O wir erfüllen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V
Aus dem Versicherungsverhältnis können Leistungen beansprucht werden die der Art nach den Leistungen nach SGB V entsprechen mit Ausnahme des kranken- und Mutterschaftsgeldes O ja O nein

Die Leistungen sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt O ja O nein

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ Euro

Der/die Genannte ist nach § 23 SGB XI beitragspflichtig bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert, das die in § 61 Abs. 5 SGB XI genannten Voraussetzungen erfüllt. O ja O nein
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ Euro

Stempel und Unterschrift und Telefonnummer des Versicherungsunternehmens

.....