

Förderungsnummer

Bescheinigung der Krankenversicherung

zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herr / Frau (Name der versicherten Person)	geboren am	Versicherungs-Nr.
---	-------------------	--------------------------

ist bei unserem Versicherungsunternehmen

<input type="checkbox"/> beitragspflichtig versichert. (nicht als Arbeitnehmer bzw. Empfänger von Waisenrente)	Monatsbeitrag am	<small>(Datum des BAföG-Antrages)</small>	EUR
---	-------------------------	---	------------

Aus dieser beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. <small>(Ein Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

beitragsfrei als Familienmitglied versichert

Wir sind ein(e)

privates Krankenversicherungsunternehmen

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a und 2b SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag	
➤ sind auf folgenden Erstattungsbetrag begrenzt <small>(Prozenttarif)</small>	_____ v.H.
➤ umfassen gesondert berechenbare Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung (z.B. freie Arzt- und Bettenwahl)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

gesetzliche Krankenkasse, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse

Besteht für die versicherte Person eine beitragspflichtige Pflegeversicherung ? ja nein

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Krankenversicherungsunternehmens
------------	---

Diese Bescheinigung bitte zurücksenden an

Versicherungsnehmer

oder

<p>Universität Koblenz Amt für Ausbildungsförderung Außenstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Postfach 20 16 02 56016 Koblenz</p>
--