

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung des Auszubildenden zum Antrag nach dem BAföG

Frau/Herr _____, geb. am _____

ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Art der Krankenversicherung:

- beitragspflichtig versichert als
- Fachschüler (Studententarif nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V)
 - Person, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGBV)
 - Auszubildende des Zweiten Bildungswegs (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)
 - Person, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert war, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehört (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V)
 - Halb-/Vollwaise
 - Empfänger von Leistungen nach dem SGB II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V)
 - _____

beitragsfrei versichert (z. B. Familienversicherung)

Monatsbeitrag während der Ausbildung ab _____ beträgt _____ €

die Beitragsfreiheit fällt ab _____ weg, der Monatsbeitrag beträgt dann _____ €

Bei der Krankenversicherung handelt es sich **nicht** um eine Zusatzversicherung.

Aus der beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach Leistungen des SGB V entsprechen (Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen) ja nein

2. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

ja nein

3. Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag

Wir sind ein(e)

gesetzliche Krankenkasse, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse

privates Versicherungsunternehmen **und**

erfüllen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a und 2b SGB V

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z. B. Prozenttarif)

umfassen gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung (z. B. bei „Beamntentariifen“)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer und Ansprechpartner/in für eventuelle Rückfragen: