

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