

Name und Anschrift des Krankenversicherungsunternehmens

Team Ausbildungsförderung
Gagarinstraße 99/101
07545 Gera

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