

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während des Schulbesuches



Landratsamt Augsburg
Soziale Leistungen
- Ausbildungsförderung -
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Fördernummer

Bitte jedes Feld sorgfältig ausfüllen bzw.
ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen

Familienname, Vorname(n) des/der Antragsteller_in

Geburtsdatum

ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Kranken- und Pflegeversicherung während des Schulbesuches:

O. g. Person ist bei uns seit dem _____

- als versicherungspflichtige_r Student_in oder Praktikant_in 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 Studentenbeitrags berechnet.
- als freiwilliges Mitglied nach § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 KVLG 1989/ § 20 Abs. 3 SGBXI versichert.
- 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.

2. Angaben zur Art zur Höhe der Beiträge:

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR*

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR*

3. Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag

Wir sind ein(e)

- gesetzliche Krankenkasse / Ersatzkasse / Betriebskrankenkasse
- privates Versicherungsunternehmen

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des
§ 257 Abs. 2a und 2b SGB V

ja nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

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

ja nein

- umfassen (z.B. bei "Beamtenarifen") gesondert berechenbare
Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer
Krankenhausbehandlung

ja nein

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens