

**Versicherungsnachweis im Zusammenhang mit der
Beantragung des Kranken- und Pflegeversicherungszuschlages
nach § 13a Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)**



Name und Anschrift der Krankenkasse

Nachname und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

BAföG-Förderungsnummer

Krankenversichertennr. (KVNR)

ist bei uns seit dem _____

- familienversichert.
- als versicherungspflichtiger Student oder Praktikant 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.
- Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

- als Pflichtmitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989/ § 20 Abs. 1 Nr. 12 oder Abs.3 SGB XI versichert.
- Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

- auf sonstige Weise, nämlich _____

Private Krankenversicherung

- KV:** beitragspflichtig privat versichert und noch nicht 30 Jahre alt
- PV:** versichert nach § 23 SGB XI. Die in § 61 Abs. 5 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

Die versicherte Person kann Leistungen beanspruchen, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes) entsprechen. Die in § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V genannten Voraussetzungen sind erfüllt.
Es handelt sich nicht um eine Zusatzversicherung.

- Die Leistungen sind auf einen Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

- KV:** privat versichert ab dem 30. Lebensjahr
- PV:** versichert nach § 23 SGB XI. Die in § 61 Abs. 5 SGB XI genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich _____ EUR
Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich _____ EUR

Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens