

Anschrift der zuständigen bewilligenden BAföG-Stelle

Landratsamt Unterallgäu
- Amt für Ausbildungsförderung -
Bad Wörishofer Str. 33
87719 Mindelheim

Name und Anschrift der Krankenkasse

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

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
----------	---------	---------------------------

2. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Versichert seit dem (TT.MM.JJJJ):	Krankenversicherungsnummer (KVNR):
-----------------------------------	------------------------------------

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 Studentenbeitrages berechnet.

als freiwilliges Mitglied nach § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 KVLG 1989/ § 20 Abs. 3 SGB XI versichert.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich Euro*:

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich Euro*:

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.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich Euro*:

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich Euro*:

* Im Zusammenhang mit den Angaben über die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung kann auch ein separater Beitragsbescheid eingereicht werden, sofern dieser gemeinsam mit dem Versicherungsnachweis vorgelegt wird.

3. Zusatzangaben—Nur bei privaten Krankenversicherungsunternehmen

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

JA

NEIN

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

• sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z.B. Prozenttarif) _____ % von 100

JA

NEIN

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

JA

NEIN

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens