

Krankenversicherungsnachweis*Zur Vorlage beim BAföG-Amt*

Name [NameStudi]

Förder-Nr.: [Förder-Nr]

Hiermit bestätigt die unten ausgewiesene Krankenkasse bzw. Versicherung, dass für

[NameStudi] , geb: [Geb-Datum]

eine Versicherung besteht für

1. gesetzlich versicherte Studierende

- a) Studierende, die ausschließlich selbst versichert sind in der gesetzlichen Krankenversicherung, nach § 5 Abs.1 Nr. 9 oder 10 SGB V. (Erhöhung des monatlichen Grundbedarfs um die Krankenversicherungspauschale von 102 €)
- b) Der/Die Studierende ist auch beitragspflichtig in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs.1 Nr. 9 oder 10 SGB 11 versichert. (Erhöhung des Bedarfs um pauschal 35 € monatlich)

2. freiwillig gesetzlich versicherte Studierende

- a) Studierende, die freiwillig oder nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. (Erhöhung des Bedarfs um die Krankenversicherungspauschale von 185 €)
- b) Der/Die Studierende ist auch beitragspflichtig in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs.1 Nr. 12 oder Abs.3 SGB 11. (Erhöhung des Bedarfs von pauschal 48 € monatlich)

3. privat versicherte Studierende

- a) Studierende, die ausschließlich beitragspflichtig in einer privaten Krankenversicherung versichert sind, die die in § 257 Abs.2a SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt und aus dieser Versicherung Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen. (Erhöhung des Bedarfs um 102 € monatlich, nach Vollendung des 30. Lebensjahres um 185 €)
- b) Die Vertragsleistungen in der privaten Krankenversicherung sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten beschränkt. (Erhöhung des Bedarfs um die nachgewiesenen Krankenversicherungsbeiträge bis max. 102 €, bzw. 185 €).
- c) Der/Die Studierende ist auch beitragspflichtig pflegeversichert gemäß § 23 SGB 11 in einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Abs.5 SGB 11 genannten Voraussetzungen erfüllt. (Erhöhung des Bedarfs um pauschal 35 € monatlich, nach Vollendung des 30. Lebensjahres 48 €)

Der nach 3 b) zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag beträgt derzeit monatlich _____ €.**Das Versicherungsverhältnis besteht seit / ab _____.**

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Krankenkasse / Versicherung