

Name:

Förderungsnummer: 063-

An das
Studierendenwerk Paderborn
Amt für Ausbildungsförderung
Mersinweg 2
33100 Paderborn
Fax-Nr. 05251/ 89207-805

Name und Anschrift des Krankenver-
sicherungsunternehmens:

Bescheinigung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

1.) Von der Krankenkasse auszufüllen:

Der/die o.g. Auszubildende, geb. am _____, wohnhaft in
_____ ist für das **Winter-/Sommersemester 20**_____ bei uns
versichert.

- Diese Versicherung ist eine Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von _____ v.H., aus der der/die Versicherte Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.
- Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt _____ Euro.
- Wir erfüllen die in § 257 Abs. 2 a SGB V genannten Voraussetzungen: ja nein
- Es handelt sich um eine **beitragspflichtige** Krankenversicherung in der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten:
 ja nein
- Es besteht für den/die Versicherte/n eine **beitragspflichtige** Pflegeversicherung:
 ja nein

Ort / Datum

**Stempel und Unterschrift des
Krankenversicherungsunternehmens**

2.) Vom Auszubildenden auszufüllen:

Bei Gewährung eines Kranken- und Pflegeversicherungszuschlages ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) zwingend erforderlich.

Bitte tragen Sie die elf Ziffern gut leserlich ein:

Hinweis:

Durch das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) wurde die persönliche Steuer-ID per Post mitgeteilt. Sollte Ihnen dieses Schriftstück nicht mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte an das BZSt unter:

http://www.bzst.de/DE/Steuern_National/Steuerliche_Identifikationsnummer/steuerid_node.html