Landeshauptstadt Magdeburg
Die Oberbürgermeisterin

Landeshauptstadt Magdeburg • 39090 Magdeburg

Organisationseinheit
Fachbereich Ausländerbehörde

Straße
Lübecker Str. 53-63 / Haus 1

Bearbeitet durch

Zimmer

E-Mail
Studium-Ausbildung@ewo.magdeburg.de

(gilt nur für formlose Mitteilungen ohne elektronische Signatur)

Zur Vorlage bei der Krankenversicherung

Datum und Zeichen Ihres Schreibens	(Bitte bei Antwort angeben) Unser Zeichen	Telefon	Telefax	Datum
	34.02.2	0391 540 4389	0391 540 4350	

Bestätigung über den Leistungsumfang der Krankenversicherung

(Bitte ausfüllen und/ oder zutreffendes ankreuzen)

Angaben zum Versicherungsnehmer
Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Hiermit wird bestätigt, dass ein privater Krankenversicherungsschutz besteht, der nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen abgeschlossen wurde.

Der Versicherungsschutz besteht seit: _____

Der Versicherungsschutz ist: ☐ ungekündigt ☐ ununterbrochen

Der Versicherungsschutz besteht bis: _____ oder ☐ unbefristet

Monatliche Beitragshöhe: _____ €

Voraussetzungen erfüllt nach:
☐ § 193 Abs. 3 VVG
☐ § 257 Abs. 2 a SGB V -> (NUR bei Beschäftigten!)
☐ Erfüllt keine der o. g. Voraussetzungen

Leistungsumfang entspricht:
☐ § 11 SGB V (der gesetzlichen Krankenversicherung)
☐ § 152 VAG (dem Basistarif)
☐ Erfüllt keine der o. g. Voraussetzungen

Datum/ Unterschrift, Stempel der Krankenversicherung