

Name und Adresse der Versicherung  
*Name and address of the insurance company*

Zur Vorlage bei der Immatrikulation im Akademischen Auslandsamt der Universität Leipzig  
*To present to the International Centre of the Universität Leipzig during enrolment*

## **Bestätigung des Krankenversicherungsschutzes** **Confirmation of Health Insurance Coverage**

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Versicherung folgendes abdeckt:  
*This is to confirm that the insurance mentioned above covers the following:*

Name, Vorname des Versicherten:  
*Surname, first name of the insured:*

Versicherungsnummer:  
*Identification No:*

Gültig bis:  
*Valid until:*

Diese Versicherung gilt für Deutschland:  ja  nein  
*This insurance covers Germany: yes no*

Diese Versicherung deckt die medizinisch notwendige Behandlung ab:  ja  nein  
*This insurance covers necessary medical treatment: yes no*

Diese Versicherung deckt die zahnärztlich notwendige Behandlung ab:  ja  nein  
*This insurance covers necessary dental treatment: yes no*

Datum / *Date:*

**Unterschrift der auf der Versicherungspolice eingetragenen Person:**  
***Signature of the person indicated in the insurance policy:***

\_\_\_\_\_

**Unterschrift durch die Versicherungsgesellschaft:**  
***Signature of the authorised person at the insurance company:***

\_\_\_\_\_

**Offizieller Stempel der Versicherungsgesellschaft:**  
***Official stamp of the insurance company:***

\_\_\_\_\_