



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

Zur Vorlage bei der Immatrikulation in der Stabsstelle Internationales 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: <i>This insurance covers Germany:</i>	ja <i>yes</i>	nein <i>no</i>
---	------------------	-------------------

Diese Versicherung deckt die medizinisch notwendige Behandlung ab: <i>This insurance covers necessary medical treatment:</i>	ja <i>yes</i>	nein <i>no</i>
---	------------------	-------------------

Diese Versicherung deckt die zahnärztlich notwendige Behandlung ab: <i>This insurance covers necessary dental treatment:</i>	ja <i>yes</i>	nein <i>no</i>
---	------------------	-------------------

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:
