

Eingangsstempel

Förderungsnummer

Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Empty box for address]

Bitte jedes Feld sorgfältig in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen.

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Fortbildung

Familienname, Geburtsname – wenn abweichend, Vorname(n), Geburtsdatum

ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Krankenversicherung während der Dauer der Fortbildungsmaßnahme:

Beitragspflichtig versichert als Arbeitnehmer/in als Halb-/Vollwaise

Als Fachschüler (Studententarif)

beitragsfrei versichert (z. B. Familienversicherung)

101

Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag ab

Datum, Euro

Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag ab

Es handelt sich nicht um eine Zusatzversicherung.

Aus der beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen (Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen).

ja nein

102 2. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

ja nein

3. Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag

Wir sind ein(e)

gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse

privates Versicherungsunternehmen Zusatzangaben (nur bei privaten Krankenversicherungsunternehmen)

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a und 2b SGB V ja nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z. B. Prozenttarif) ja nein

umfassen (z. B. bei „Beamtentariifen“) gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung ja nein

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen