Stand 2020

Förderungsnummer

AUFSTIEGS BAföG
Karriere inklusive.

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

Eingangsstempel

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Fortbildung

Aufstiegs - BAföG

1. ANGABEN ZUR ART DER KRANKENVERSICHERUNG WÄHREND DER DAUER DER FORTBILDUNGSMASSNAHME

1 Familienname | Vorname(n)

2 Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

a) Wir sind ein(e) gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse und der o.a. Teilnehmende ist bei uns:

3 ☐ Beitragsfrei gesetzlich versichert (z.B. Familienversicherung)

4 ☐ Beitragspflichtig gesetzlich pflichtversichert:

5 ☐ als Arbeitnehmer/in

6 ☐ als Halb-/Waisenrentner/in

7 ☐ als Fachschüler

8 ☐ Pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

9 ☐

10 ☐ Beitragspflichtig als freiwilliges Mitglied versichert:

11 ☐ mit Beiträgen nach § 240 Abs. 4 S. 2 SGB V (Fachschüler)

12 ☐ mit Beiträgen als sonstiges freiwilliges Mitglied

b) Wir sind ein privates Versicherungsunternehmen und der o.a. Teilnehmende ist bei uns privatversichert.

13 ☐ Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257, Satz 1 SGB V _____ ☐ ja ☐ nein

14 ☐ Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

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

16 – 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

c) Beitragshöhe

17 Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag ab _____ _____ Euro

18 Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag ab _____ _____ Euro

Es handelt sich nicht um eine Zusatzversicherung.

2. ES BESTEHT EINE BEITRAGSPFLICHTIGE PFLEGEVERSICHERUNG

19 ☐ ja, mit einer Beitragshöhe von _____ Euro ☐ nein

20 Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen

21 Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens