

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Large grey rectangular area for address]

Eingangsstempel

# Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Fortbildung

## 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
----	------------	--