

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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Euro |
| 18 | Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag | ab | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 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
----	------------	--