

Förderungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

Eingangsstempel

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

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

1	Familiename	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

21