Stand 2023

Förderungsnummer

AUFSTIEGS BAföG
Karriere inklusive.

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

Eingangsstempel

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Fortbildung

VON DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN!

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 Abs. 2a 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 der Krankenversicherung 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/Namensangabe der Vertreterin/des Vertreters des Versicherungsunternehmens

Aufstiegs - BAföG

© FormLAB AFBG-002-DE-FL – Stand 2023 – Blatt 1 von 1