

Förderungsnummer

▼ 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

21 Ort, Datum	Stempel und Unterschrift/Namensangabe der Vertreterin/des Vertreters des Versicherungsunternehmens
---------------	--