

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Large grey box for address of the responsible AFBG awarding office]

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