

Eingangsstempel

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

Blank space for address of the competent AFBG awarding authority.

Bitte jedes Feld sorgfältig in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

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

Familienname	Geburtsname – wenn abweichend –	Vorname(n)	Geb.-Datum
--------------	---------------------------------	------------	------------

ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

### 1. Angaben zur Art der Krankenversicherung während der Dauer der Fortbildungsmaßnahme:

Beitragspflichtig versichert \_\_\_\_\_  als Arbeitnehmer/in  als Halb-/Vollwaise

Als Fachschüler (Studententarif)

beitragsfrei versichert (z.B. Familienversicherung)

101 Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag ab \_\_\_\_\_

Datum	Euro
-------	------

Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag ab \_\_\_\_\_

Datum	Euro
-------	------

Es handelt sich **nicht** um eine Zusatzversicherung.

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

### 102 2. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

ja  nein

### 3. Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag

Wir sind ein(e)

gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse

privates Versicherungsunternehmen  
Zusatzangaben (nur bei privaten Krankenversicherungsunternehmen)

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a und 2 b SGB V \_\_\_\_\_  ja \_\_\_\_\_  nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

– sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z.B. Prozenttarif) \_\_\_\_\_  ja \_\_\_\_\_  nein

– umfassen (z.B. bei »Beamtentarifen«) gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung \_\_\_\_\_  ja \_\_\_\_\_  nein

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen