

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Posteingang:

Förderungsnummer

wird von der zuständigen Behörde ausgefüllt!

Bitte jedes Feld sorgfältig in Druckschrift ausfüllen
bzw. ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen.

Antragsteller:

Familienname, Vorname(n) des/der AFBG-Antragstellers/in

Geb.-Datum

ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Krankenversicherung:

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

Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag ab

Datum

€

Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag ab

Datum

€

Es handelt sich **n i c h t** 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

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. 2a und 2b SGB V

ja

nein

Die Leistungen auf dem bestehenden Versicherungsvertrag

- sind aus einem bestimmten Anteil der erstattungsfähigen
Kosten begrenzt (z.B. Prozenttarif)

ja

nein

- umfassen (z.B. bei "Beamtenrenten") gesondert
berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche
Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

ja

nein

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen