

# 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