

Förderungsnummer
------------------

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

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	<input type="checkbox"/>	Beitragsfrei gesetzlich versichert (z.B. Familienversicherung)
4	<input type="checkbox"/>	Beitragspflichtig gesetzlich pflichtversichert:
5	<input type="checkbox"/>	als Arbeitnehmer/in
6	<input type="checkbox"/>	als Halb-/Waisenrentner/in
7	<input type="checkbox"/>	als Fachschüler
8	<input type="checkbox"/>	Pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
9	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	Beitragspflichtig als freiwilliges Mitglied versichert:
11	<input type="checkbox"/>	mit Beiträgen nach § 240 Abs. 4 S. 2 SGB V (Fachschüler)
12	<input type="checkbox"/>	mit Beiträgen als sonstiges freiwilliges Mitglied

b) Wir sind ein privates Versicherungsunternehmen und der o.a. Teilnehmende ist bei uns privatversichert.

13	<input type="checkbox"/>	Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257, Satz 1 SGB V _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
14	<input type="checkbox"/>	Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag				
15		- sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z. B. Prozenttarif) _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	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).	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

c) Beitragshöhe

17	Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag	ab	<input type="text"/>	;	<input type="text"/>	Euro
18	Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag	ab	<input type="text"/>	;	<input type="text"/>	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 des Versicherungsunternehmens
----	------------	--

X