

Förderungsnummer

Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Large grey box for address]

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...
3 Beitragsfrei gesetzlich versichert...
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...
13 Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257, Satz 1 SGB V
14 Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag
15 - sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt...
16 - Aus der beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden...

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