

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

Stand: 2016

AFBG

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