

Eingangsstempel

Förderungsnummer
wird von der zuständigen Behörde ausgefüllt

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

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

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Dauer der Fortbildung

Familienname, Vorname(n) des/der AFBG-Antragstellers/in 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. 2a und 2b 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

Im Druckteil wurden keine Änderungen vorgenommen!

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen