

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

(zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung)

Name, Vorname des/der Auszubildenden

Förd.Nr.

Geburtsdatum

Vorgenannte/r ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Art der Krankenversicherung

- Beitragspflichtig versichert
- in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V oder als freiwilliges Mitglied
 - bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt; aus dieser Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen

- Beitragsfrei familienversichert

derzeitiger Monatsbeitrag: _____ Euro

wie oben versichert ab/seit: _____

Die Versicherung ist keine Zusatzversicherung eine Zusatzversicherung

2. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

- ja nein

derzeitiger Monatsbeitrag: _____ Euro

3. Angaben zum Versicherungsunternehmen und Versicherungsvertrag

Bei unserem Versicherungsunternehmen handelt es sich um ein/e

- gesetzliche Krankenversicherung – Ersatzkasse - Betriebskrankenkasse
- privates Versicherungsunternehmen (**bitte nachfolgende Fragen beantworten**)

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 ja nein

wenn ja, bitte Höhe des Prozenttarifes angeben _____ % von 100

- umfassen gesonderte berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung ja nein

Name und Sitz des Versicherungsunternehmens und Telefonnummer für Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsunternehmens