Name, Vorname des Auszubildenden	Geburtsdatum	Förderungsnummer

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Der/Die oben Genannte ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Angaben zum Versicherungsunternehmen

Wir sind ein(e)

- ❑ gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse (bitte Nr. 2 und 4 ausfüllen)
- ❑ privates Versicherungsunternehmen (bitte Nr. 3 und 4 ausfüllen)

2. Angaben zur Art der Krankenversicherung

- ❑ beitragsfrei versichert (z. B. in der Familienversicherung)
- ❑ beitragspflichtig versichert seit _____ als
  - ❑ Student/Praktikant (§ 5 Abs. 1 Nr. 9, 10 oder 13 des Fünften Sozialgesetzbuches)
  - ❑ freiwilliges Mitglied
  - ❑ Arbeitnehmer
  - ❑ Voll-/Halbwaise (KV der Rentner)
  - ❑ .....

3. Zusatzangaben bei privaten Versicherungsunternehmen

Unser Versicherungsunternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a SGB V

❑ ja ❑ nein

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

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag
- sind auf einen bestimmen Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z. B. Prozenttarif)

❑ ja ❑ nein

Monatsbeitrag ab _____ _____ Euro
Datum Betrag

Es handelt sich nicht um eine Zusatzversicherung.

4. Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

❑ ja ❑ nein

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens mit Telefonnummer für Rückfragen