Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Förderungsnummer

Anschrift der zuständigen bewilligenden Stelle

Familienname, Vorname(n) des/der BAföG-Antragstellers/in — Geb. –Datum

Ist in unserem Unternehmen wie folgt versichert:

1. Angaben zur Art der Krankenversicherung:

☐ Beitragspflichtig versichert ☐ als Arbeitnehmer/in ☐ als Halb-/Vollwaise

☐

Datum

Bei Wegfall der Familienversicherung; Monatsbeitrag ab **EURO**

Datum

Monatsbeitrag während der Fortbildung; Monatsbeitrag ab **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

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) % von 100 ☐ ja ☐ nein
- umfassen (z. B. bei „Beamtentarifen“) gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztilche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung ☐ ja ☐ nein

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmers

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen