



Förderungsnummer

Bitte vollständig ausfüllen.
Nicht Zutreffendes streichen.

Bescheinigung über die private Kranken- u. Pflegeversicherung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herr/Frau _____ geb. am _____

ist bei unserem Versicherungsunternehmen beitragspflichtig krankenversichert.

Der derzeitige Versicherungsbeitrag beträgt seit _____ monatlich _____ €.

Die Versicherungsleistungen sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z.B. Prozenttarif)

Ja

Nein

Unser Versicherungsunternehmen erfüllt die in § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen und aus der Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen.

Ja

Nein

Es besteht auch eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

Ja

Nein

Datum

(Stempel Krankenversicherung)

Unterschrift

Erklärung des Auszubildenden

Mein Versicherungsschutz im Krankheits- und Pflegefall besteht ausschließlich aus der vorstehend bescheinigten Versicherung.

Ja

Nein

(bei Nein: bitte Angaben und Nachweise über anderweitigen Versicherungsschutz für einen Krankheits- bzw. Pflegefall beifügen!)

Datum

Unterschrift des/der Auszubildenden