

Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Landratsamt Bad Kissingen
-Amt für Ausbildungsförderung-
Obere Marktstr. 6

Fördernummer:

97688 Bad Kissingen

Familienname, Vorname(n) des/der 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

Monatsbeitrag seit _____ Betrag _____ €

Bei späterem Fortbildungsbeginn Monatsbeitrag ab _____ Datum Betrag _____ €

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. 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

Stempel und Unterschrift
des Versicherungsunternehmens

Telefonnummer des Versicherungsunternehmens für Rückfragen