

# Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Anlage zum Antrag auf Ausbildungsförderung (BAföG)       Anlage zum Antrag auf Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)

|                       |          |               |
|-----------------------|----------|---------------|
| <b>Versicherte(r)</b> |          |               |
| Name:                 | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Straße, PLZ, Ort:     |          |               |

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                          |                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Angaben zur Art der Krankenversicherung während der Aus- bzw. Fortbildung</b>                                                                                                                                            |                                                          |                                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> Es besteht Beitragspflicht als                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Schüler                         | <input type="checkbox"/> Waise                      | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer |
| Monatsbeitrag _____                                                                                                                                                                                                         | EURO                                                     | ab _____                                            |                                       |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <u>keine</u> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> beitragsfreie Versicherung |                                       |
| Aus dieser beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen.<br>(Hinweis: Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen.) |                                                          |                                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein                            |                                                     |                                       |

|                                                                                                |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung während der Aus- bzw. Fortbildung</b> |                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                    | <input type="checkbox"/> nein |

|                                                                          |                                      |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag</b> |                                      |                                               |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse                        | <input type="checkbox"/> Ersatzkasse | <input type="checkbox"/> Betriebskrankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Privates Krankenversicherungsunternehmen        |                                      |                                               |

|                                                                                                                                                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Zusatzangaben</b> (nur bei privaten Krankenversicherungsunternehmen)                                                                                     |                               |
| Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a und 2 b SGB V                                                                              |                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag                                                                                                     |                               |
| • sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt<br>(zum Beispiel Prozenttarif)                                                    |                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| • umfassen (zum Beispiel bei „Beamtentarifen“) gesondert berechenbare Unterkunft<br>und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung |                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein |

|                          |                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| Ort, Datum               | Unterschrift und Stempel des Versicherungsunternehmens |
| Telefon (für Rückfragen) |                                                        |

Bitte schicken Sie die ausgefüllte Bescheinigung an das  
Landratsamt Alb-Donau-Kreis, Jugend und Soziales, Amt für Ausbildungsförderung, Postfach 28 20, 89070 Ulm.