

Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens - für privat Versicherte -

Name d. Auszubildenden..... Vorname..... Förderungs-Nr.

Erklärung des/der Auszubildenden

Mein **Versicherungsschutz** im Krankheits- und Pflegefall besteht **ausschließlich** aus der nachstehend bescheinigten **Versicherung** (der beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeanspruch stellt **keine "Versicherung"** dar).

- Ja
 Nein: bitte Angaben und Nachweise über den anderweitigen Versicherungsschutz für einen Krankheits- /Pflegefall beifügen!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. Auszubildenden

Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens

Der / Die Auszubildende (Geburtsdatum) ist bei unserer Einrichtung / unserem Unternehmen: wie folgt versichert:

1. Sein / Ihr eigener Krankenversicherungsschutz ist **beitragspflichtig**

- Ja
 Nein

Der derzeitige Monatsbeitrag für seinen/ihren Krankenversicherungsschutz beträgt € seit

Aus dieser beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen und unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a SGB V (gelten nicht für die Postbeamtenkrankenkasse u.a.)

- Ja
 Nein

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsschutz sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (Prozenttarif im Gegensatz zu einer Vollversicherung)

- Ja
 Nein

2. Es besteht für ihn / sie eine **beitragspflichtige Pflegeversicherung**

- Ja
 Nein

.....
Ort, Datum

.....
Dienststempel

.....
Unterschrift des Krankenversicherungsunternehmens