

# Bescheinigung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herrn/Frau..... Geb. Datum:.....

ist bei unserem Unternehmen (siehe untenst. Stempel/Unterschr.) wie folgt versichert.

**A** Er/Sie ist beitragspflichtig versichert.

Der derzeitige Monatsbeitrag beträgt.....Euro 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 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 "Beamtenarifen") gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Ja  Nein

**B** Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung

Ja  Nein

**Stempel des Versicherungsunternehmens:** .....  
(Datum, 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 den anderweitigen Versicherungsschutz für einen Krankheits- bzw. Pflegefall beifügen!!!)

-----  
(Ort, Datum)

-----  
(Unterschrift des Auszubildenden )