

## 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