

Förderungsnummer (bitte unbedingt angeben)

514-

**Versicherungsbescheinigung  
für privat Versicherte  
zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung**

Frau/Herr	Geburtsdatum
-----------	--------------

ist bei unserem Unternehmen beitragspflichtig versichert  Ja  Nein

Aus dieser beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGB V mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen  Ja  Nein

Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a und 2 b SGB V  Ja  Nein

Derzeitiger Monatsbeitrag

€	ab
---	----

Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag

1. sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (z.B. Prozenttarif)  Ja  Nein

2. umfassen (z.B. bei „Beamntarifen“) gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung  Ja  Nein

Es besteht eine beitragspflichtige Pflegeversicherung  Ja  Nein

Stempel des Versicherungsunternehmens	Datum, Unterschrift
---------------------------------------	---------------------

**Erklärung der/des Auszubildenden**

Mein Versicherungsschutz im Krankheits- und Pflegefall besteht ausschließlich aus der vorstehend bescheinigten Versicherung  Ja  Nein

Wenn Nein: Bitte Angaben und Nachweise über den anderweitigen Versicherungsschutz beifügen!

Ort, Datum	Unterschrift der/des Auszubildenden
------------	-------------------------------------