

Förderungsnummer

(↑ bitte immer angeben)

Herrn/Frau

Bescheinigung der Krankenversicherung
zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herrn/Frau _____

wird bescheinigt, dass er/sie seit/ab _____

selbst beitragspflichtig versichert ist

- in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9, 10 oder 13 SGB 5
- in der gesetzl. Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 1 Nr. 9, 10, 12 oder Abs. 3 SGB 11
oder
- als (freiwilliges) Mitglied gem. § _____ Beitragshöhe: _____ €
Beitragshöhe (Pflegeversicherung): _____ €

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Krankenversicherungsunternehmens
------------	---

Diese Bescheinigung bitte zurücksenden an den/die Versicherungsnehmer/in
oder direkt an

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Amt für Ausbildungsförderung an der
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft
Ludwigshafen
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen

auch möglich per Mail an: bafog@hwg-lu