

Vor- und Nachname der bzw. des Versicherten:

SVNr.:

Vor- und Nachname der bzw. des Angehörigen:

SVNr. bzw. Geburtsdatum:

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):

---

## Erklärung

- ▶ hat ihre/seine Ausbildung am ..... beendet
- ▶ absolviert keine weitere Ausbildung
- ▶ ist seit dem Ende der Ausbildung erwerbslos
- ▶ hat keine eigene gesetzliche Krankenversicherung
- ▶ hat ihren/seinen Wohnsitz im Inland

Ich nehme zur Kenntnis, dass gegenüber der BVAEB kein Leistungsanspruch besteht, wenn eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt ist.

Ich bin verpflichtet, der BVAEB jede Änderung in den Voraussetzungen **binnen 14 Tagen** zu melden.

.....

Datum und Unterschrift