

Bescheinigung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herr/Frau..... Geb. Datum:.....

ist bei unserem Unternehmen (siehe untenst. Stempel/Unterschr.) wie folgt versichert. Die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a SGB V werden von unserem Krankenversicherungsunternehmen erfüllt.

A Er/Sie ist beitragspflichtig versichert.
Der derzeitige Monatsbeitrag beträgt.....Euro seit:.....

B Es handelt sich um eine
 Vollversicherung Teilversicherung

C 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)

Datenschutzhinweise

Für manche der von Seezeit Studierendenwerk Bodensee angebotenen Leistungen ist die Erhebung von personenbezogenen Daten unumgänglich. Der Schutz Ihrer persönlichen Angaben ist uns dabei ebenso wichtig wie ein transparentes Verfahren zur Datenerhebung und -verarbeitung. Hierzu haben wir auf unserer Website Informationen für Sie zusammengestellt:
<https://www.seezeit.com/datenschutzzerklaerung>