



Erklärung

Name:

SVNr.:

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

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

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

.....

Datum und Unterschrift