

ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG

vom letzten Arbeitgeber auszufüllen

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Beschäftigt als: _____

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Wann begann das Beschäftigungsverhältnis? _____

Was war die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit? _____ Stunden

War das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja nein

Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____

Handelte es sich um eine Beschäftigung auf Mini-Job-Basis (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV)? ja nein

Wann haben Sie Ihrem Arbeitnehmer gekündigt? _____

Wann wurde der Arbeitnehmer erstmalig über die bevorstehende Kündigung informiert? _____

Zu wann erfolgte die Kündigung? _____

Was war der Kündigungsgrund? _____

Ist die Kündigung auf ein Fehlverhalten des Arbeitnehmers zurückzuführen? ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____

War der Arbeitnehmer bereits früher bei Ihnen beschäftigt? ja nein

Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____

Was war der Grund der Beendigung des vorangegangenen Beschäftigungsverhältnisses? _____

3. Weitere relevante Angaben

4. Angaben zum Arbeitgeber

Name(n) des/der Bevollmächtigten: _____

Rechtliche Position des/der Bevollmächtigten: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

4. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift