

Teilnahmeerklärung

Erklärung über die Teilnahme am Arzneimittelwahltarif der BERGISCHEN Krankenkasse

Versichertennummer	Name, Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	E-Mail

Ich erkläre die Teilnahme am Arzneimittelwahltarif für

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die BERGISCHE Krankenkasse, bis auf Widerruf, ab dem Erhalt der Versicherungsbestätigung die vom Mitglied zu zahlende Prämie von meinem Konto abzubuchen:

Bankleitzahl	Kontonummer	Name und Ort des Geldinstitutes
Zahlungsweise der Prämien: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich		
Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend)		Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Unterschrift zur Teilnahme

Die Teilnahmebedingungen des Arzneimittelwahltarifs der BERGISCHEN Krankenkasse liegen mir vor. Der Inhalt ist mir bekannt. Ich erkenne die Teilnahmebedingungen im vollem Umfang an und komme den dort genannten Verpflichtungen nach. Wird die Teilnahme am Tarif für einen volljährigen familienversicherten Angehörigen erklärt, ist der Vertrag unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen zusätzlich von diesem Angehörigen zu unterschreiben.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes
Unterschrift der Familienversicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	