

Anmeldeformular

Eintritt per

sofort

späteren Zeitpunkt

Persönliche Angaben

	1. Person	2. Person
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Strasse	_____	_____
PLZ / Ort	_____	_____
Telefon	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Heimatort	_____	_____
Zivilstand	_____	_____
Konfession	_____	_____
Ehemaliger Beruf	_____	_____
Bank-/ Postverbindung	_____	_____
Kto Nr.	_____	_____
AHV-Nr.	_____	_____
AHV-Zweigstelle	_____	_____
Krankenkasse	_____	_____
Versicherungs Nr.	_____	_____
Krankenkassen-Kartennr.	_____	_____
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat Bitte eine Kopie der Krankenkassen- Karte beilegen.	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat Bitte eine Kopie der Krankenkassen- Karte beilegen.
Haftpflichtversicherung	_____	_____
Police Nr.	_____	_____
Ergänzungsleistung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen.

Hausarzt

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Erste Kontaktperson

gilt gleichzeitig als Rechnungsadresse

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Zweite Kontaktperson

gilt gleichzeitig als Rechnungsadresse

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift 1. Person

Unterschrift 2. Person

oder Unterschrift gesetzliche- / r
Vertreter / -in

Bitte schicken Sie das Anmeldeformular an folgende Adresse:

Senevita Burgdorf
Lyssachstrasse 77
3400 Burgdorf
Tel.: 034 431 00 00
Fax: 034 431 00 10
Email: burgdorf@senevita.ch