

## 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-Kartenr.	_____	_____
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <b>Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen.</b>	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <b>Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen.</b>
Haftpflichtversicherung	_____	_____
Police Nr.	_____	_____
Ergänzungsleistung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wenn ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wenn ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen.</b>

**Hausarzt**

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

**Erste Kontaktperson**

gilt gleichzeitig als Rechnungsadresse

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Verwandtschafts-grad

**Zweite Kontaktperson**

gilt gleichzeitig als Rechnungsadresse

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Verwandtschafts-grad

**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