CENTRAL
KRANKENVERSICHERUNG AG

Wichtig! ⇨
Bitte immer angeben.

			/								

GS Vers.-Nr.

Name

ANMELDUNG zur Mitversicherung

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn rückwirkend zum Tage der Geburt zur Mitversicherung an. *)

Vorname	Geburtsdatum	Tarife:					Gesamtbeitrag:
		Beitrag: €					

Liegt eine Krankheit, eine Anomalie oder ein Geburtsfehler vor?

☐ Nein ☐ Ja, Diagnose _____

_____, den _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers

*) § 2 (2) RB/KK 94: Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Abschluß-Vermittler	Partnerinformation

Unterschrift des Mitarbeiters

VE 109 06.02 1096