

FÜR FREUNDE UND DIE, DIE ES WERDEN WOLLEN!

Bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER versichert zu sein, bringt viele Vorteile mit sich. Das wissen wir und das wissen Sie. Aber wissen es auch Ihre Freunde?


Denken Sie an Ihre Freunde und empfehlen Sie uns weiter. Ihre Freunde werden Ihnen dankbar sein und es lohnt sich auch für Sie. Für jedes neue Mitglied, das Ihrer Empfehlung folgt, erhalten Sie von uns **25 EURO**.*

Sollten Sie mehrere Mitglieder werben wollen, so informieren Sie sich auf unserer Internetseite: www.bkkgs.de.

AUSFÜLLEN. ABSCHICKEN. FERTIG.

Einfach ausfüllen, in einen Briefumschlag stecken und an die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, 33644 Bielefeld schicken, fertig. Gerne können Sie uns Ihre Unterlagen auch per Fax zusenden: **0521 5228-700**.

Ihre BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

Bitte hier abschneiden. 

Bitte graue Fläche anfeuchten und Karte zusammenkleben.

FREUNDSCHAFTSWERBUNG: ICH BIN SCHON BEI DER BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER VERSICHERT UND FREUE MICH ÜBER 25 EURO!*

A210

Bitte tragen Sie die nachstehenden Angaben vollständig und lesertlich ein.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

* Die Auszahlung der Aufwandsentschädigung von 25 EURO erfolgt erst ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die neue Mitgliedschaft durch die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER geprüft wurden. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER ab 16 Jahren. Mitarbeiter der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sind nicht teilnahmeberechtigt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Für Ihre Freund-
schaftswerbung
erhalten Sie
25 Euro von uns!

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte neues Mitglied werden und mich bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER ab dem _____

als Arbeitnehmer als Student als Rentner als freiwillig versichertes Mitglied **versichern.**

Persönliche Angaben

Geschlecht männlich weiblich

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax, E-Mail

Geburtsdatum, Geburtsort

Sozialversicherungsnummer

Angaben zur Vorkasse

Name der bisherigen Krankenkasse

Versicherungszeitraum (mind. die letzten 18 Monate)

Kündigungsbestätigung liegt vor wird nachgereicht

Bitte legen Sie die Kündigungsbestätigung Ihrer Krankenkasse bei oder reichen Sie sie nach, auch gern per Fax an: 0521 5228-700.

Kostenlos mitversicherte Familienmitglieder

Anzahl mitversicherter Personen

Angaben zur Beschäftigung

Name des Arbeitgebers und Rufnummer

Anschrift des Arbeitgebers

Betriebsnummer (falls bekannt)

Rente/Versorgungsbezüge

Ich beziehe Rente/Versorgungsbezüge ja nein

Datum und Unterschrift des Neumitglieds