



Aktenzeichen: _____

Mitgliedsbescheinigung der Krankenversorgung der Bahnbeamten- oder Postbeamtenkrankenkasse	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Bescheinigung über eine Mitgliedschaft	
1. Beginn der freiwilligen Versicherung _____ ggf. Ende _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr	
2. Höhe des Mitgliedsbeitrags _____ bis _____ € (ohne PV-Beitrag) Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Mitgliedschaft _____ bis _____ (z. B. wegen Krankenversorgung nach dem Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Bundesversorgungsgesetz)	
<input type="checkbox"/> Mitversicherung von Familienangehörigen	
Für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige würde der Mitgliedsbeitrag betragen:	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
_____ bis _____ € Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag	
C. Unterschrift	
Für Rückfragen sind wir erreichbar unter der Telefonnummer: _____ Bitte Durchwahl angeben.	
_____ Datum	_____ Stempel/Unterschrift