

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- AK-Leistung -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Mitgliedsbescheinigung Bahnbeamten- /Postbeamtenkrankenkasse

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum

B. Bescheinigung über eine Mitgliedschaft

Beginn der freiwilligen Versicherung	_____	ggf. Ende	_____
	Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr
Höhe des Mitgliedsbeitrags (ohne PV-Beitrag)	_____	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
Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Mitgliedschaft (z. B. wegen Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz)	_____	bis	_____
	Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr
☐ 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 bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift und Stempel