

Krankenkasse Visperterminen
Dienstleistungszentrum
3932 Visperterminen

Adresse

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Stellenprozent: _____

Unfallausschluss

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die eigenhändig niedergeschriebenen Angaben der Richtigkeit entsprechen und das obenerwähnte Person gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfall bei uns versichert ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber
