



Mod. 550
Mod. 550bis

Wechselformular zur HKIV

Stellen Sie uns dieses Formular **zusammen mit dem Eintragungsformular** zu. Nach Empfang beider Formulare wird die HKIV Ihre heutige Krankenkasse direkt kontaktieren.

1. Ausfüllen oder Vignette Ihrer jetzigen Krankenkasse aufkleben

Name:

Vorname:

Nr. des National- oder Bisregisters (ENSS)*:

Geburtsdatum: / / (TT/MM/JJJJ)

Personenstand:

Straße und Nr.:

Postleitzahl und Ort:

* Sie finden Ihre ENSS-Nummer rechts oben auf Ihrer SIS-Karte oder auf der Rückseite Ihres Personalausweises.

2. Falls Sie oben keine Vignette aufgeklebt haben, Informationen über Ihre jetzige Krankenkasse

Name und Nummer Ihrer Krankenkasse:

3. Wechsel der Krankenkasse

Ich möchte gern Mitglied bei folgendem HKIV-Büro werden:

(Wählen Sie hier Ihr HKIV-Büro. Sie finden unsere Adresse in der Infobroschüre oder auf www.hkiv.be)

am 1. Januar 1. April 1. Juli 1. Oktober

(Der Krankenkassenwechsel muss **einen Monat vorher** beantragt werden)

als:

(Angestellte(r), Arbeiter(in), Selbständige(r), Rentner(in),...)

Datum und Unterschrift: 

Von der HKIV auszufüllen (nach Empfang dieses Formulars)

Der unterzeichnete Bevollmächtigte des HKIV-Büros erklärt, diesem Wechsel gemäß den gesetzlichen Bestimmungen stattzugeben.

Datum, Stempel und Unterschrift:

Für die vorherige Krankenkasse
Datum, Stempel und Unterschrift: