

Name, Vorname ..... Geb.-Datum .....

Genauere Adresse .....

\* Vorname der Frau ..... Geb.-Datum .....

\* Vorname der Kinder und Geb.-Datum .....

1. .... 2. ....

3. .... 4. ....

\* nur Ausfüllen, wenn Versicherung gewünscht wird

### Beitrittserklärung zur Spitalversicherung (SpV)

gewünschte Versicherung		Monats- Beitrag	Mann	Frau	Kinder
	Fr.				
Spital-Zusatz	4.—   nur	—80	—	—	<input type="checkbox"/>
	8.—   Kinder	1.60	—	—	<input type="checkbox"/>
	10.—	2.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15.—	3.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20.—	4.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30.—	6.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40.—	8.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spital-Zusatz und Behandlungskosten	10.—/ 500.—	5.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15.—/ 750.—	8.25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20.—/1000.—	11.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30.—/1500.—	16.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40.—/2000.—	22.—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollständig gesund			ja/nein	ja/nein	ja/nein
wenn nein, an welchen Krankheiten oder Ge- brechen leiden Sie selbst .....					
Ihre Frau .....					
Ihr Kind .....					
Besteht Schwangerschaft			—	ja/nein	—
steht in nächster Zeit Spitalbehandlung bevor			ja/nein	ja/nein	ja/nein

Zutreffendes ankreuzen

Wünschen Sie Monatsrechnung / Jahresrechnung / Lohnabzug? (Zutreffendes unterstreichen)

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

An die  
**+GF+** Betriebskrankenkasse  
**8201 Schaffhausen**

Name, Vorname .....

Adresse .....

**Betrifft: Spitalzusatzversicherung**

Der Unterzeichnete wünscht hiermit die Aufhebung der Spitalzusatzversicherung  
per 31. Dezember 1965

für sich selbst        Zutreffendes  
für seine Frau        ankreuzen

Datum: .....    Unterschrift: .....

(Nur Ausfüllen, wenn die umstehende Versicherung nicht gewünscht wird).