

Mitversicherung ab Geburt



Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
vertrag-kranken@barmenia.de

Versicherungsnehmer/in: _____

Versicherungsnummer: _____ / _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Tarife: _____

Steuer-ID des Kindes (wenn schon vorhanden): _____

Ort, Datum

Unterschrift

_____/_____
Vermittlernummer