



Securex Partner

Nr.: _____

Name: _____

Ummelderklärung

Der Unterzeichnete:

Name: _____

Vornamen: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: ____ - ____ - ____
Tag Monat Jahr

Wohnhaft zu:

Straße: _____

Nummer: _____ Bk: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____

gesetzmäßiges Mitglied der Sozialversicherungskasse ⁽¹⁾

unter der Nummer: _____ - _____ - _____

erklärt ausdrücklich von der oben erwähnten Sozialversicherungskasse auszuscheiden
 und SECUREX INTEGRITY Freie Sozialversicherungskasse für Selbständige V.o.G. beizutreten.

Datum ____ / ____ / ____ ⁽²⁾

Unterschrift versehen mit den Worten "Gelesen und genehmigt" ⁽²⁾

(1) Name und adresse der Sozialversicherungskasse angeben.
 (2) Datum, Unterschrift und "gelesen und genehmigt" müssen von Hand des Versicherten geschrieben werden.