

HILFSKASSE DES EVANGELISCHEN REGIONALVERBANDES FRANKFURT UND OFFENBACH

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Hilfskasse des Evangelischen Regionalverbandes Frankfurt und Offenbach mit Wirkung

vom _____ Beschäftigungsstelle: _____

Für die Erstellung einer Kartei mache ich folgende Angaben:

| | |
|--|--|
| Name: | Vorname: |
| Straße: | PLZ Ort: |
| Familienstand: | Geburtsdatum: |
| <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung |
| E-Mail: | Telefon: |

Als beihilfeberechtigte Kinder, solange für diese ein Anspruch auf Kindergeld besteht, sollen aufgenommen werden:

| Nachname: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|-----------|----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Bankverbindung:

| | |
|------------------|-----------|
| Kontoinhaber/in: | Institut: |
| BIC: | IBAN: |

Die Ordnung für die Hilfskasse des Evangelischen Regionalverbandes Frankfurt und Offenbach, in der zurzeit gültigen Fassung, ist mir bekannt. Der monatliche Mitgliedsbeitrag soll direkt mit entsprechender Einzugsermächtigung eingezogen werden.

Änderungen der vorgenannten Daten, insbesondere das Erlöschen der Mitgliedschaft eines Familienmitgliedes, werde ich der Hilfskasse unverzüglich mitteilen.

Mir ist bekannt, dass Leistungen der Hilfskasse erst ab einer sechsmonatigen Mitgliedschaft, Leistungen für Zahnersatz erst nach einer einjährigen Mitgliedschaft sowie Leistungen für Kuren erst nach einer zweijährigen Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden können.

Frankfurt am Main, den _____

 Unterschrift