_____
(Name, Vorname:

_____
Geburtsdatum/-ort:

Werra-Meissner-Kreis
Der Kreisausschuss
FD 4.7
Schlossplatz 1
37269 Eschwege

Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 Abs. 3 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – neue Fassung – (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen übernimmt.

Ich teile Ihnen mit, dass ich

☐ zuletzt krankenversichert bei der

_____ war.
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

☐ keine Krankenversicherung habe und daher die

_____wähle.
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weiterleitung meiner/unserer persönlichen Daten einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigt.

.....
(Unterschrift)