

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich im erforderlichen Umfang über mein Wahlrecht gemäß § 264 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V), informiert wurde.

Ich wurde ebenfalls darüber unterrichtet, dass bei Nichtausübung meines Wahlrechts der Fachdienst Soziale Sicherung des Kreises Rendsburg-Eckernförde mich ab Eintritt der Versicherungspflicht

- bei der Krankenkasse anmeldet, bei der zuletzt eine Versicherung bestand bzw., wenn keine vorherige Kassenzugehörigkeit gegeben war
- bei einer Krankenkasse anmelden kann.

In diesem Zusammenhang erkläre ich, dass ich

von meinem **Wahlrecht** Gebrauch mache und die
_____ als Krankenkasse wähle.

vor der Gewährung von Hilfe bei Krankheit **zuletzt** bei der
_____ **versichert** war.
(Bitte geben Sie auch die Anschrift an)

zuletzt über das Sozialamt Hilfe bei Krankheit nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach § 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes bezogen habe und davor **in keiner Krankenkasse** versichert war.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift

Bitte unbedingt die Rückseite ausfüllen!!!