

Anschrift Sozialhilfeträger

Landkreis Böblingen
Amt für Soziales
Parkstraße 16
71034 Böblingen

Erklärung zum Kassenwahlrecht nach § 264 Abs. 3 SGB V

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 SGB V verpflichtet bin, eine Krankenkasse für die Übernahme der Krankenbehandlung für mich und meine im Haushalt lebenden, nicht selbst versicherten Familienangehörige, zu wählen.

genaue Bezeichnung der Krankenkasse, möglichst mit Anschrift eintragen

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unsere(r) Krankenbehandlung benötigten Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Krankenkasse meine Daten (bzw. die Daten meiner Familienangehörigen) intern speichert und nutzt, um (z.B. telefonisch oder per E-Mail) über die Belange der Krankenversicherung informieren und beraten zu können. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen, dann werden die Daten wieder gelöscht.

Name, Vorname des Haushaltsvorstandes

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer)

Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes

Familienangehörige im Haushalt:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>