



Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Aktenzeichen: _____

ProArbeit – Kreis-Offenbach – (AöR)
Kommunales Jobcenter
Werner Hilpert-Straße 1
63128 Dietzenbach

Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 175 Abs. 3 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 175 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – neue Fassung – (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen ab _____ übernimmt.

Ich teile Ihnen mit, dass ich

zuletzt krankenversichert war bei der

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

keine letzte 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 bitte außerdem um Weitergabe meiner / unserer persönlichen Daten. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner / unserer Krankenbehandlung benötigt.

Datum

Unterschrift

Stand 08.2016

Pro Arbeit – Kreis Offenbach – (AöR)
Werner-Hilpert-Straße 1
63128 Dietzenbach

Vorsitzender des Verwaltungsrats
Kreisbeigeordneter Carsten Müller

Vorstand
Boris Berner

Sparkasse Langen-Seligenstadt
Konto 49118367
BLZ 506 521 24