

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Erklärung des Versorgungsempfängers über seine Krankenkassenzugehörigkeit

Hiermit erkläre ich, dass ich wie folgt krankenversichert bin:

bei einer gesetzlichen Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

bei einer privaten Krankenversicherung

weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse, noch bei einer privaten Krankenversicherung

#### Hinweis:

Zu diesen Angaben gegenüber Ihrer Zahlstelle von Versorgungsbezügen sind Sie verpflichtet (§ 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versorgungsempfängers