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