

Адрес

russisch

Landratsamt Konstanz

Kreissozialamt

SG 31.3

Benediktinerplatz 1

78467 Konstanz

Декларация о праве выбора медицинского страхования согласно § 264 (3) SGB V

Мне сообщили, что в соответствии с разделом 264 (3) SGB V я **обязан(а)** выбрать медицинскую страховую компанию, которая возьмет на себя расходы моего медицинского лечения и членов моей семьи, проживающих в домохозяйстве, которые не застрахованы самостоятельно.

точное название медицинской страховой компании, если возможно, с адресом

Я прошу, чтобы выбранная мной медицинская страховая компания была проинформирована соответствующим образом и чтобы они передали данные, необходимые для принятия моего/нашего лечения.

Я даю согласие на то, чтобы вышеупомянутая медицинская страховая компания хранила и использовала мои данные (или данные членов моей семьи) внутри страны, чтобы иметь возможность предоставлять информацию и консультации (например, по телефону или электронной почте) по вопросам медицинского страхования, или иметь возможность выставить счет в орган социального обеспечения. Своей подписью я также заявляю, что даю это согласие добровольно.

Фамилия, Имя главы домохозяйства

Дата рождения

Адрес (индекс, место жительства, улица и номер дома)

Дата и подпись главы домохозяйства

Члены семьи в домашнем хозяйстве:

Имя	Фамилия	Дата рождения
<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"/>

Landratsamt Konstanz
Kreissozialamt
SG 31.3/
Benediktinerplatz 1
78467 Konstanz

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 selbstversicherten Familienangehörige, zu wählen.

Genauere Bezeichnung der Krankenkasse, möglichst mit Anschrift eintragen

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unserer 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, bzw. die Abrechnung mit dem Sozialhilfeträger vornehmen zu können. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile.

Name, Vorname des Haushaltsvorstands

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer)

Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes

Familienangehörige im Haushalt:

Name	Vorname	Geburtsdatum