

Anlage 1

.....
Name, Vorname (Haushaltsvorstand)

.....
Ort, Datum

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Postleitzahl, Ort

An
Jobcenter Ebersberg
Kolpingstr. 1

85560 Ebersberg

Erklärung zur Wahl der Krankenkasse

Ich wähle folgende Krankenkasse als betreuende Krankenkasse:

.....
Personen (Haushaltsvorstand und dessen Angehörige), für die die Krankenkasse gewählt wird:

Name, Vorname Haushaltsvorstand	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsan- gehörigkeit	Ge- schlecht	Rentenversicherungsnummer	
Name, Vorname Angehörige	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsan- gehörigkeit	Ge- schlecht	Stellung zum Haush.vorst. (Ehegatte/Kind)	Renten- versicherungsnummer

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weitergabe meiner/unsere(r) persönlichen Daten an die Krankenkasse einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unsere(r) Krankenbehandlung zwingend benötigt.

.....
(Unterschrift des Haushaltsvorstandes)