Відправник:

Ім’я, прізвище

Вулиця, номер будинку

Поштовий індекс, місто

**Для**

Адміністрації району Равенсбург

Відділ соціальних питань та інклюзії

Пані Фрідріх / пані Візнер

Гартенштрассе 107

88212 м. Равенсбург

**Заява про вибір моєї організації медичного страхування**

Мене повідомили, що відповідно до статті 264 абз. 3 П’ятого соціального кодексу я зобов’язаний негайно вибрати організацію медичного страхування, яка б взяла на себе медичне лікування мене та членів моєї сім’ї, які проживають у домогосподарстві, які не є самострахованими.

Тому я вибираю наступну компанію обов’язкового медичного страхування з представлених у району Равенсбург:

**(Будь ласка, поставте відмітку біля однієї організації медичного страхування!)**

* AOK Baden-Württemberg
* BARMER
* DAK-Gesundheit
* DRV Knappschaft-Bahn-See
* IKK classic
* KKH Kaufmännische Krankenkasse
* SBK
* Techniker Krankenkasse
* інша організація медичного страхування: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я прошу Вас повідомити про це вибрану мною організацію медичного страхування та передати дані, необхідні для мого/нашого лікування.

Я усвідомлюю, що я прив’язаний до свого вибору на період дії виплат, тобто зміна організації медичного страхування є неможливою.

Я згоден, що вищезазначена організація медичного страхування зберігає та використовує мої дані (або дані членів моєї родини) в своїй роботі, щоб мати можливість надавати інформацію та поради (наприклад, по телефону або електронною поштою) з питань медичного страхування.

Своїм підписом я також заявляю, що даю цю згоду добровільно. Я усвідомлюю, що можу відкликати свою згоду в будь-який час, і в цьому випадку дані будуть знову видалені.

 
Прізвище, ім’я голови родини Дата народження


Адреса (поштовий індекс, місто проживання, вулиця та номер будинку)


Дата та підпис голови родини

Члени родини у домогосподарстві:
Прізвище Ім’я Дата народження

  

  

  

  