

Anlage 1

Name, Vorname (Haushaltsvorstand)

Ort, Datum

Anschrift

Telefon

Postleitzahl, Ort

Landratsamt Dillingen
Team Asyl und Integration
Große Allee 49
89407 Dillingen a.d.Donau

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 u. Geburtsort	Staatsan- gehörigkeit	Ge- schlecht	Rentenversicherungsnummer

Name, Vorname Angehörige	Geburtsdatum u. Geburtsort	Staatsan- gehörig- keit	Ge- schlecht	Stellung z. Haush.vorst. (Ehegatte/Kind)	Rentenversicherungs- nummer

Hinweise zum Datenschutz:

Rechtsgrundlage für die Wahl der Krankenkasse bildet § 264 SGB V. Die personenbezogenen Daten werden zur Durchführung der Meldung an die Krankenkasse benötigt. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie beim zuständigen Sachbearbeiter im Team Asyl.

.....
Unterschrift des Hausvorstandes