An

Stadt Bochum

Amt für Soziales / Verwaltungsstelle

44777 Bochum

**Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenversorgung nach § 264** **Sozialgesetzbuch**

**- Fünftes Buch - (SGB V) bzw. freiwillige Weiterversicherung** **nach § 9 SGB V**

Sehr geehrte\* Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass für mich und meine Haushaltsangehörigen (s. Rückseite) nunmehr die Krankenversorgung gemäß § 264 SGB V durchzuführen ist und ich gemäß § 264 Absatz 3 SGB V eine Krankenkasse zu wählen habe, welche diese Krankenversorgung vornimmt.

Ich teile Ihnen mit, dass ich

 [ ]  die

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name, Vorname des Haushaltsvorstandes**      | **Geburtsdatum**      | **Telefonnummer**      |
| **Anschrift**      | **Aktenzeichen Sozialamt / Bezirksverwaltungsstelle**       |

(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst auch die genaue Anschrift eintragen!)

 als Krankenkasse wähle.

[ ]  keine Krankenkasse wähle. Ich bitte deshalb um Anmeldung von Amts wegen bei einer mir beliebigen Krankenkasse.

 [ ]  z.Zt. wegen einer Erwerbstätigkeit oder aus anderen Gründen bei folgender Krankenkasse

 krankenversichert bin:

 (bitte die genaue Bezeichnung der Krankenklasse und möglichst auch die genaue Anschrift und die Mitgliedsnummer eintragen!)

Bei einem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis oder anderweitigem Verlust meines Krankenversicherungsschutzes bitte ich zu prüfen, ob eine freiwillige Weiterversicherung gem. § 9 SGB V möglich ist und, ggf. wenn ja, um Übernahme des Mitgliedsbeitrages. Um ein Fristversäumnis auszuschließen, werde ich das Sozialamt unverzüglich über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder den anderweitigen Verlust meines Krankenversicherungsschutzes informieren.

Sollte eine freiwillige Weiterversicherung nicht möglich sein, wähle ich diese Krankenkasse für die Durchführung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V und bitte um entsprechende Anmeldung.

50 5 0 006 – 10.17

 [ ]  bisher nicht krankenversichert war.

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und um Weitergabe meiner/ unserer persönlichen Daten, die ich in das Formular auf der Rückseite dieses Schreibens eingetragen habe. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse diese Daten zur Durchführung der Krankenversorgung benötigt.

Weiterhin bitte ich um Übersendung der Krankenversichertenkarte(n) durch die von mir gewählte Krankenkasse.

Informationen gemäß Artikel 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie im Internet unter www.bochum.de/ zusammen mit den weiteren Informationen über unsere Dienstleistung.

Falls Sie das Internet nicht nutzen, halten wir diese Information für Sie auch als Hinweisblatt bereit.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift des Haushaltsvorstandes

**RÜCKSEITE BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN !**

**Die folgenden Eintragungen bitte unbedingt leserlich und in Druckbuchstaben vornehmen!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Geburts-****datum** | **Geschlecht** **w/m** | **Staats-****angehörigkeit** | **Haushaltsvorstand (HV) oder Stellung zum HV (Ehegatte, Partner, Kind)** | **Rentenversicherungs-nummer** | **ggf. vom HV abweichende Anschrift** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |