

Absender:

Aktenzeichen/Personalnr.

Geburtsdatum:

Telefon-Nr. _____

(freiwillige Angabe)

Urschriftlich zurück

Universität Kassel
Hochschulbezügestelle
34109 Kassel

Erklärung zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag aus Emeriten-Bezügen

– Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen –

1.	<input type="checkbox"/> Ich bin <input type="checkbox"/> privat krankenversichert bzw. nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, hierzu mache ich die Angaben zu Randziffer 3 bzw. 4 <input type="checkbox"/> Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland, in deren Auftrag die Betreuung durch eine ausländische Krankenkasse erfolgt. Zu beiden Krankenkassen mache ich die Angaben zu Randziffer 3 bzw. 4 <input type="checkbox"/> Beihilfe/Heilfürsorgeberechtigte® nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
2.	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht sicher, ob die Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, eine gesetzliche Krankenkasse ist und mache daher vorsorglich Angaben zu Randziffer 3 bzw. 4
3.	Bezeichnung der Krankenkasse _____ Anschrift der Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____
<i>Randziffer 4 nur bei Betreuung durch eine ausländische Krankenkasse ausfüllen!</i>	
4	Bezeichnung der betreuenden ausländischen Krankenkasse: _____ Anschrift: _____ Versicherungsnummer: _____

Mir ist bekannt, dass ich nach §202 SGB V verpflichtet bin Veränderungen, wie einen Krankenkassenwechsel –insbesondere in eine gesetzlichen Krankenkasse– oder die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit der Hochschulbezügestelle umgehend und unaufgefordert anzuzeigen.

Datum, Unterschrift des Bezugsberechtigten