

Bitte sorgfältig ausfüllen und umgehend zurücksenden!

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen-Anhalt
Beamtenversorgung
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

**Erklärung über Krankenkassenzugehörigkeit
nach § 202 SGB V und § 50 SGB XI**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Aktenzeichen des KVSA*
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		Telefon
<p>Hiermit erkläre ich, dass ich Mitglied der _____ bin. Kranken- und Pflegekasse</p> <p>_____</p> <p>Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)</p> <p>Meine Krankenversicherungsnummer lautet: _____</p> <p>Meine Sozialversicherungsnummer lautet: _____</p> <p>Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin in o. g. gesetzlicher Kranken- und Pflegekasse pflichtversichert.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin in o. g. gesetzlicher Kranken- und Pflegekasse freiwillig versichert.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin in o. g. Kranken- und Pflegekasse privat kranken-/ pflegeversichert.</p> <p>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede künftige Veränderung (z. B. Krankenkassenwechsel) dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt s o f o r t s c h r i f t l i c h anzuzeigen.</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift</p>		