

Absender (Ihre Adresse)

Stadt Hilden, den

\_\_\_\_\_  
Anschrift Krankenkasse

**Vorliegen der Voraussetzungen der Krankenversicherung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (KVdR) / Alternativ: fristwahrende Beitrittsanzeige zur freiwilligen Krankenversicherung gemäß § 9 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um eine schriftliche Bestätigung dahingehend, dass die Voraussetzungen für meine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bereits zum jetzigen Zeitpunkt erfüllt sind.

Sollte das nicht der Fall sein oder noch geprüft werden müssen, **so erkläre ich hiermit fristwährend meinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung gemäß § 9 SGB V ab dem:**

Eine ausgefüllte und von mir unterschriebene Beitrittsanzeige zur freiwilligen Krankenversicherung mit allen Angaben und die noch fehlenden Unterlagen werden im Bedarfsfall von mir nachgereicht. Sollten zunächst Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung vom Sozialhilfeträger übernommen worden sein – und sollte für den identischen Zeitraum rückwirkend meine Mitgliedschaft in der KVdR festgestellt worden sein, bitte ich um Erstattung dieser Beiträge gem. § 26 SGB IV an das Sozialamt der Stadt Hilden.

Mit freundlichen Grüßen

Die Voraussetzungen für meine Mitgliedschaft in der KvdR sind erfüllt (*oder meine Aufnahme in die Familienversicherung kann erfolgen.*)

Die Voraussetzungen für meine Mitgliedschaft in der KVdR sind nicht erfüllt, bzw. müssen noch geprüft werden. Es wird hiermit bestätigt, dass die fristwahrende schriftliche Beitrittserklärung zur freiwilligen Krankenversicherung hier eingegangen ist.

Datum:  
Krankenkasse

Name:

Dienststempel