



Bestätigung über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse

Meine Tochter / mein Sohn / ich

geb. am ist/bin bei nachstehend genannter Krankenkasse

.....

.....

☐ familienversichert
(Versicherungsnehmer:)

☐ in eigener Person versichert

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Versicherungsnehmer)