

**Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 SGB V)**  
Вибір медичної страхової компанії для медичного лікування (§ 264 SGB V)

Name (Прізвище): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Дата народження): \_\_\_\_\_

Anschrift (адреса): \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen übernimmt.

Мене повідомили, що відповідно до розділу 264 (3) Кодексу соціального страхування - Закону V (SGB V) я повинен вибрати медичну страхову компанію, яка буде піклуватися про моє лікування та лікування моїх незастрахованих членів сім'ї.

- Ich war zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert  
(Зовсім недавно я мав державне або приватне медичне страхування)

bei der \_\_\_\_\_  
genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift  
Точна назва медичної страхової компанії та адреса, якщо можливо

- Ich war noch nie gesetzlich oder privat krankenversichert  
(У мене ніколи не було законодавчого чи приватного медичного страхування)

Ich möchte bei der \_\_\_\_\_ versichert werden.  
Я хотів би застрахуватися в \_\_\_\_\_  
genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift  
Точна назва медичної страхової компанії та адреса, якщо можливо

Bitte informieren Sie die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend. Ich bitte außerdem um Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten, die für die Anmeldung bei der Krankenkasse erforderlich sind.

Будь ласка, повідомте про це медичну страхову компанію, яку я вибрав. Я також прошу передати мої/наші персональні дані, які необхідні для реєстрації в медичній страховій компанії.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Місце і дата

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
підпис