

**Meldung der Krankenkasse nach § 199a SGB V**

Diese Meldung ist der zuständigen Hochschule zu übermitteln.

Datum

**Angaben zur Krankenkasse**

Name

Anschrift

Betriebsnummer

**Angaben zur Person**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Krankenversichertennummer

**Meldung aufgrund eines erfolgten Krankenkassenwechsels**

Die vorgenannte Person ist ab dem \_\_\_\_\_ bei uns versichert.

**Meldung über den Verzug mit der Zahlung der Beiträge**

**Meldung über die Begleichung der rückständigen Beiträge**

**Stornierung einer abgegebenen Meldung**

Die Meldung vom \_\_\_\_\_

aufgrund eines erfolgten Krankenkassenwechsels

über den Verzug mit der Zahlung der Beiträge

über die Begleichung der rückständigen Beiträge

wird storniert.  Eine neue Meldung ist beigefügt.

Diese Meldung ist auch ohne Unterschrift gültig.