

Name:

Pers.-Nr.: _____

Vorname:

Geb.-Datum:

Ich bin

familienversichert Name des Versicherungsnehmers:

selbst versichert: als Student/in
 wiss. Hilfskraft/ Angestellte/r
 freiwillig versichert

privat versichert **wenn ja:**

letzte gesetzliche Krankenversicherung bei

nie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen

bei der Krankenkasse:/ Sitz:

Jena, den

Unterschrift: