



Aktenzeichen:

**Teilnahmeerklärung an der Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen**

**A. Angaben zur Person** (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

**B. Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich am Wahltarif Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen teilnehmen möchte.

Mit der Anmeldung zur Prämienzahlung erkenne ich die Teilnahmebedingungen und die Satzungsbestimmungen in der jeweils geltenden Fassung an. Sollten gesetzliche Regelungen zur Aufhebung von Teilen oder der gesamten Leistung führen, kann der Anspruch auf eine Auszahlung ganz oder teilweise entfallen

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten oder des gesetzl. Vertreters

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.