

Name

Vorname

Geburtstag

Telefon

Zu Fragen der **Befreiung von der Versicherungspflicht** bin ich damit einverstanden, dass die oben angegebenen persönlichen Angaben von der Studierendenabteilung der Philipps-Universität an eine Vertreterin / einen Vertreter einer örtlichen Krankenkasse weitergegeben werden.

.....

(Datum und Unterschrift)