

# Krankenkassenwechsel

*Dieses Formular bitte an*

**Evonik Industries AG  
Bereich Altersversorgung  
45764 Marl**

Meine Krankenkasse hat sich geändert. Bitte nutzen Sie zukünftig folgende Daten:

<b>Personalnummer</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	

Sind Sie privat versichert? (z.B. bei der Allianz, Colonia, DKV)

Ja       Nein

Haben Sie „**ja**“ angekreuzt, dann unterschreiben Sie bitte den Fragebogen und schicken Sie ihn zusammen mit der ‚**Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG**‘ zur Vorlage beim Arbeitgeber bzw. Dienstherrn zur Berücksichtigung im Lohnsteuerabzugsverfahren ab dem 1. Januar 2012‘ an uns zurück.

Haben Sie „**nein**“ angekreuzt, dann füllen Sie bitte die unten genannten Punkte aus, unterschreiben und schicken den Fragebogen an uns zurück.

<b>Krankenkasse</b>	
<b>Gültig ab</b>	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift