

# Krankenkassenwechsel

Dieses Formular bitte an

Evonik Industries AG  
Altersversorgung  
45764 Marl

per E-Mail (pdf Anhang)  
altersversorgung@evonik.com

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

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Personalnummer

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

ja	Unterschreiben Sie bitte das Formular und schicken Sie es zusammen mit der <b>Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG</b> zur Vorlage beim Arbeitgeber bzw. Dienstherrn zur Berücksichtigung im Lohnsteuerabzugsverfahren an uns zurück.
nein	Füllen Sie bitte die weiteren Angaben aus und schicken das Formular unterschrieben an uns zurück.

Krankenkasse
gültig ab

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eigenhändig, keine digitale Signatur