

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 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