

Urschriftlich zurück an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Zusatzversorgungskasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Krankenkassenwechsel

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

wir sind gesetzlich verpflichtet, die zuständige Krankenkasse der Rentenberechtigten zu ermitteln (§ 202 Satz 1 SGB V).
Sie selbst sind gesetzlich verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen (§ 202 Satz 3 SGB V).

Wir bitten Sie daher, diesen Vordruck vollständig auszufüllen. Den Vordruck reichen Sie dann bitte bei uns ein.

Angaben der/des Rentenberechtigten

Name

Vorname

Versicherungsnummer bei der ZVK

Geburtsname

_____. _____. _____
Geburtsdatum Sozialversicherungsnummer (11-stellig)

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Ich bin seit: _____. _____. _____

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK),
Innungskrankenkasse (IKK), Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, Bar-
mer Ersatzkasse (BEK), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Technische-KK oder sonstigen Ersatzkasse).

Name der gesetzlichen Krankenkasse

Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.