

Absender:

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Telefon

Dauerhafte Anschriftenänderung

Meine neue Anschrift lautet

Name, Vorname

Straße, Nummer oder Postfach

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Land

Die neue Anschrift gilt ab sofort oder ab

Ohne Angabe eines Datums wird die Änderung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt wirksam.

Datum

Ort, Datum

 Unterschrift Mitglied bzw. Bevollmächtigte/r

Hinweise

Wenn Sie uns eine Änderung Ihrer Bankverbindung mitteilen wollen, füllen Sie bitte das SEPA-Lastschriftmandat aus und senden dieses unterschrieben an uns zurück.

Bei sonstigen Änderungen nutzen Sie bitte das jeweilige Formular zu Änderungen in den persönlichen Verhältnissen des Mitglieds, des mitversicherten Ehe- oder Lebenspartners oder der Kinder.