

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
<b>Änderungsmitteilung</b>	

Die Mitteilung betrifft

- die/den Hauptversicherte/n  eine/n Angehörige/n

Nachname, Vorname, Titel			SV-Nr. und Geburtsdatum
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)			PLZ <span style="margin-left: 20px;">Ort</span>
Geschäftsbereich	Personalnummer	Telefon dienstlich	Telefon privat
Nachname und Vorname der/des Angehörigen			SV-Nr. und Geburtsdatum

- Neue Adresse und/oder neue Telefonnummer

Neue Wohnadresse (Straße und Hausnummer)		
PLZ	Ort	Telefon privat - neu

- Neue Bankverbindung

IBAN
------

- Abmeldung von Mitversicherten

<input type="checkbox"/> Beginn eines Dienstverhältnisses (Datum)
<input type="checkbox"/> Anderweitige Pflichtversicherung bei
<input type="checkbox"/> Sonstiges

- Anderweitige Pflichtversicherung für die/den Hauptversicherte/n

<b>gültig ab</b>	<b>bei der</b>
------------------	----------------

Familienstandänderung (Verehelichung, Verpartnerung, Scheidung, Namensänderung, Geburt, Adoption, Pflegschaft)

Sonstige Änderungen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift