

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Änderungsmitteilung	

Die Mitteilung betrifft

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

Nachname, Vorname, Titel			SV-Nr. und Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)			PLZ	Ort
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

gültig ab	bei der
------------------	----------------

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

Sonstige Änderungen

Datum

Unterschrift