

Pensus Pensionsmanagement GmbH
Gothaer Platz 8
37083 Göttingen

Änderung der Krankenkasse

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

PM-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Straße Haus-Nr.: _____

Postleitzahl Wohnort: _____

Krankenkassendaten *(Bitte ankreuzen, ergänzen, Unterlagen beifügen und unterschreiben.)*

Versicherungsbeginn: _____

Name der Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Rentenversicherungs-Nr: _____

Status:

Pflichtig Freiwillig (zahle die Beiträge selbst)

Privat Aktueller Beitragsbescheid oder Bestätigung der privaten Krankenversicherung ist beigefügt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versorgungsempfängers