



## VERÄNDERUNGSMITTEILUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet, seit: \_\_\_\_\_  geschieden, seit: \_\_\_\_\_  
 Lebenspartnerschaft, seit: \_\_\_\_\_

Ich bin seit/ab: \_\_\_\_\_ bzw. ich war vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

angestellter Arzt (z. B. Assistenzarzt)

in eigener Praxis tätig (Niederlassung)

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

freiberuflich tätig (z. B. Praxisvertreter, Honorararzt)

ohne ärztliche Tätigkeit

arbeitslos gemeldet

mit Leistungsanspruch seit: \_\_\_\_\_

ohne Leistungsanspruch

in Mutterschutz/Elternzeit seit: \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig krank, Gehaltsfortzahlung bis: \_\_\_\_\_

unentgeltlich tätig

Beamter/Soldat auf Zeit

Freiwilliger Wehr- bzw. Bundesfreiwilligendienst

Zahlungsweise bleibt unverändert

Zahlungsweise ändert sich ab: \_\_\_\_\_

Mein Arbeitgeber überweist

Ich überweise selbst

Bitte abbuchen ab: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ Euro

Bank \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_



## VERÄNDERUNGSMITTEILUNG

Meine Dienstanschrift ab: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Meine Privatanschrift ab: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift