



Verka PK Kirchliche Pensionskasse AG
Schellendorffstr. 17/19
14199 Berlin

Mitteilung der Adressänderung

Kollektivvertragsnummer:

Versicherungsnehmer:

Versicherungsnummer:

Versicherte Person: geb. am:

Neue Anschrift ab:	
Straße und Hausnummer:	
Zusatz:	
Postleitzahl und Ort:	
Land:	

Bitte übersenden Sie uns für die Adressänderung einen amtlichen Nachweis (z.B. Kopie Personalausweis)

Datum

Unterschrift versicherte Person/ Bevollmächtigter

Unsere Datenschutzinformationen zur Erfüllung der Informationspflichten nach Artikel 13, 14, 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie unter www.verka.de/datenschutz. Auf Wunsch werden Ihnen diese gerne zugeschickt.