

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

Mitteilung über Krankenkassenmitgliedschaft

Kollektivvertragsnummer:		
Versicherungsnehmer:		
Versicherungsnummer:		
Versicherte Person:	geb. am:	
Name der Krankenkasse:		
Anschrift der Krankenkasse:		
Mitgliedsnummer:		
Sozialversicherungs-Nr.:		
Bei Wechsel der Krankenkas	se Datum des Wechsels:	
gesetzlich versichert	oder privat versichert (Bitte Nachweis beifüger	n)
ich habe keine Kinder	oder	

Datum, Unterschrift versicherte Person

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.