



VERÄNDERUNGSMITTEILUNG

Name: Vorname:

Versicherungsnummer

Ich bin seit/ab bzw. ich war vom bis

angestellter Arzt (z.B. Assistenzarzt)

in eigener Praxis tätig (Niederlassung)

freiberuflich tätig (z.B. Praxisvertreter)

ohne ärztliche Tätigkeit

arbeitslos gemeldet

mit Leistungsanspruch seit

ohne Leistungsanspruch

in Mutterschutz/Elternzeit seit

arbeitsunfähig krank, Gehaltfortzahlung bis

unentgeltlich tätig

Beamter/Soldat auf Zeit

Wehr- bzw. Zivildienstleistender

Zahlungsweise bleibt unverändert

Zahlungsweise ändert sich ab

mein Arbeitgeber überweist

ich überweise selbst

bitte abbuchen

Bankname Konto-Nr.

BLZ Betrag



VERÄNDERUNGSMITTEILUNG

meine Dienstanschrift ab

Tel.-Nr.

meine Privatanschrift ab

Tel.-Nr.

Ort, Datum

Unterschrift