

zurück an:

BKK SBH
Hauptverwaltung
Postfach 1124
78635 Trossingen

oder per Fax an:

07425 94003-25

ÄNDERUNGSMITTEILUNG

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Kundennummer	telefonisch tagsüber zu erreichen*

Anschriftenänderung (wenn zutreffend, bitte ausfüllen)

die Anschriftenänderung ist gültig		<input type="checkbox"/> für alle mitversicherten Angehörigen	<input type="checkbox"/> nur für mich
<input type="checkbox"/> ab sofort	<input type="checkbox"/> ab dem: _____		
bisherige Anschrift Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		
neue Anschrift Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		

Namensänderung (wenn zutreffend, bitte ausfüllen)

z. B. durch Heirat oder Scheidung (unbedingt entsprechende Nachweise beilegen)		<input type="checkbox"/> Nachweis (in Kopie) beigelegt	<input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht
bisheriger Name	neuer Name		

Änderung/Mitteilung der Bankverbindung (gilt nicht als SEPA-Lastschriftmandat)

Kontoinhaber	
Name der Bank	
IBAN	BIC

Unterschrift

Datum	Unterschrift
-------	--------------