Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz

Bitte zurück an:

Deutsche Post
ANTWORT

Allianz Lebensversicherungs-AG
Postfach

Versicherung Nr. _____

Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen

Zur Person des Versorgungsberechtigten machen wir folgende Angaben:

Vorname/Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

☐ abweichender Versorgungsberechtigter oder Änderungen zu den o. g. Angaben

Bitte in Großbuchstaben in die Kästchen schreiben:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vorname

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Zuname

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Straße/Hausnummer

☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PLZ Ort

☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Geburtsdatum

EV---4053Z0 (03V) 0.08.17

Der Versorgungsberechtigte ist:

☐ gesetzlich pflichtversichert ☐ gesetzlich freiwillig versichert ☐ privat versichert

Die nachfolgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn der Versorgungsberechtigte gesetzlich oder freiwillig gesetzlich krankenversichert ist.

Name der Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer*): _____

*) Die zwölfstellige Sozialversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis, Ihrem Rentenbescheid oder auf den Schreiben der deutschen Rentenversicherung. Das Geburtsdatum ist in der Nummer enthalten (Beispiel: 65 010150 L 003).

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____