

Sie möchten das Formular per Briefpost versenden?

Ein Adressblatt steht Ihnen im Portal [hier](#) zum Ausdrucken zur Verfügung.

## Rücksendeformular Änderung der Daten zur Krankenversicherung

<b>i</b>	Bitte ausgefüllt und <b>unterschrieben</b> zurücksenden!	
Name, Vorname		
Personalnummer	6 _ _ _ _ _	
Geburtsdatum	_ _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ (TT.MM.JJJJ)	
E-Mail-Adresse		

Sofern die E-Mail-Adresse eingegeben wurde, bin ich damit einverstanden, dass WTW diese speichert. Die E-Mail-Adresse kann genutzt werden, um mir zukünftig Mitteilungen digital zukommen zu lassen. Sie kann ggf. zur Einrichtung und Nutzung eines persönlichen Portals-Zugangs verwendet werden. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte. Durch die Wahl der E-Mail-Adresse als Übertragungsweg erkläre ich mich mit dieser Form der Datenübermittlung einverstanden und nehme die damit verbundenen möglichen Risiken zur Kenntnis. Die Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft an eine der angegebenen Kontaktdaten schriftlich widerrufen werden.

<b>Krankenversicherung</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)	
Ich bin ab / seit	_ _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ (TT.MM.JJJJ) versichert bei einer
<input type="checkbox"/> <b>gesetzlichen<sup>1</sup></b> Krankenkasse in Deutschland:	
Name der Krankenkasse	
PLZ und Ort der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> <b>privaten Krankenversicherung:</b>	
Name des Krankenversicherers	
Der Nachweis über die private Krankenversicherung ist zwingend beizulegen!	
<input type="checkbox"/> <b>ausländischen Krankenversicherung:</b>	
Name des Krankenversicherers	
Land	
Der Nachweis über die ausländische Krankenversicherung ist zwingend beizulegen!	

<input type="checkbox"/> Nachweise und Kopien der erforderlichen Dokumente sind vollständig beigelegt.
--



Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift antragstellende bzw. bevollmächtigte Person<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise:

1 | Es ist nicht erforderlich, anzugeben, ob Sie freiwillig gesetzlich (Selbstzahler) versichert sind, da diese Information automatisch von Ihrer Krankenkasse an WTW übermittelt wird.

2 | Sofern die Unterschrift durch eine bevollmächtigte Person erfolgt, muss eine entsprechende Vollmacht vorliegen oder mit dem [entsprechenden Formular](#) erteilt werden.

Weitergehende **Informationen zum Datenschutz** befinden sich auf der Homepage unter [wtwco.com/Datenschutz](http://wtwco.com/Datenschutz).

Die bereitgestellten Informationen und Dokumente sind allgemeingültig und nicht auf individuelle Kundenregelungen abgestellt.