

Sie möchten das Formular per Briefpost versenden?

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

Rücksendeformular Umzug nach Deutschland

i	Bitte ausgefüllt und unterschrieben 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.

Neue Anschrift (Deutschland)		
ab/seit	_____	_____ - _____ - _____ (TT.MM.JJJJ)
Straße und Hausnummer		
ggf. Adresszusatz		
PLZ und Ort		

Bankverbindung¹ (zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Neue Bankverbindung	<input type="checkbox"/> Bisherige Bankverbindung bleibt bestehen	
ab/seit	_____	_____ - _____ - _____ (TT.MM.JJJJ)
Name der Bank		
IBAN		
SWIFT Code (nur bei Auslandsbank)		
Falls es sich nicht um das Konto der Rentnerin / des Rentners handelt		
Name, Vorname des Kontoinhabers		

Ich verpflichte mich, zu viel erhaltene Leistungen dem Leistungserbringer zurückzuerstatten und ermächtige hiermit meinen Leistungserbringer, überbezahlte Beträge von meinem oben genannten Bankkonto zurückzufordern. Des Weiteren beauftrage ich meine Bank, mir überwiesene Rentenbeträge, die mir aufgrund meines Ablebens nicht zustehen, an den Leistungserbringer zurückzuüberweisen. Diese Erklärung gilt auch gegenüber meinen Erben.

- ➔ Dieses Formular geht auf der nächsten Seite weiter.
Bitte auch dort zutreffendes ausfüllen und unterschreiben.

→ Dieses Formular umfasst 2 Seiten. Bitte senden Sie uns beide Seiten zurück!

Blatt 2 des Rücksendeformulars **Umzug nach Deutschland**. Bitte ausgefüllt und unterschrieben mit dem ersten Blatt zurücksenden.

Krankenversicherung (zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Neue Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Bisherige Krankenversicherung bleibt bestehen
Ich bin ab / seit _____ (TT.MM.JJJJ) versichert bei einer	
<input type="checkbox"/> gesetzlichen ² Krankenkasse in Deutschland:	
Name der Krankenkasse	
PLZ und Ort der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> privaten Krankenversicherung:	
Name des Krankenversicherers	
Der Nachweis über die private Krankenversicherung ist zwingend beizulegen!	
<input type="checkbox"/> ausländischen Krankenversicherung:	
Name des Krankenversicherers	
Land	
Der Nachweis über die ausländische Krankenversicherung ist zwingend beizulegen!	
<input type="checkbox"/> Nachweise und Kopien der erforderlichen Dokumente sind vollständig beigefügt.	



Ort, Datum

Unterschrift antragstellende bzw. bevollmächtigte Person³

Wichtige Hinweise:

- 1 | Für die Überweisung ist die internationale Bankkonto-Nummer (IBAN) und bei Auslandsbanken zusätzlich der Bank-Code (SWIFT-Code) des Kreditinstituts anzugeben.
- 2 | Es ist nicht erforderlich, anzugeben, ob Sie freiwillig gesetzlich (Selbstzahler) versichert sind, da diese Information automatisch von Ihrer Krankenkasse an WTW übermittelt wird.
- 3 | 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.

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