



Energie-Pensions-Management GmbH
Rentenservice
Laatzener Straße 1
30539 Hannover

Per E-Mail an: Kundenservice@epm.gmbh

Änderung der Krankenkasse

Hiermit teile ich Ihnen die Änderung meiner Krankenkasse mit:

1. Persönliche Daten

_____	_____
	Personalnummer
_____	_____
Vorname	Nachname
_____	_____
Geburtsdatum	Telefonnummer ¹

E-Mailadresse ¹	

2. Ende der Mitgliedschaft bei der alten Krankenkasse

_____	_____
Datum	Name der alten Krankenkasse

3. Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse

_____	_____
Datum	Name der neuen Krankenkasse

4. Erforderliche Anlagen IN KOPIEN

- Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse beigefügt
- Sofern zutreffend: Geburtsurkunde eines Kindes - bei mehreren Kindern unter dem 25. Lebensjahr: alle Geburtsurkunden beigefügt

Ort

Datum

Unterschrift des Leistungsempfängers bzw.
gesetzlichen Vertreters²

¹ Mit der freiwilligen Angabe stimme ich der Speicherung der Daten durch EPM zum Zwecke der zukünftigen Kommunikation zu.

² Sofern ein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist und bisher kein Nachweis vorliegt, benötigen wir das Formular „Bestellung eines Betreuers“ inklusive der erforderlichen [Anlagen](#)