

Änderungsmitteilung an die OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge

Vor- und Zuname des Hauptversicherten

Personalnummer

--	--

Schulbezirk

Amtstitel

--	--

Hiermit gebe ich bekannt:

- Meine neue Adresse (*Postleitzahl, Ort, Straße*) und Telefonnummer

- Meine neue Bankverbindung (*Bank, Bankleitzahl und Kontonummer*)

- Meine neue E-Mail-Adresse

- Abschluss bzw Stornierung der Zusatzversicherung (*Name der Versicherung, Polizzen- und Kundennummer, Datum des Abschlusses bzw der Stornierung*)

- Abmeldung von Mitversicherten (*Beginn eines Dienstverhältnisses inkl. Datumsangabe,...*)

- Anderweitige Pflichtversicherung
(zB durch AMS-Bezug, Bezug von Witwe(r)n-, Waisenpension)/gültig ab: _____

- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

- OÖ. Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte

- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

- andere _____

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen!)

- Familienstandsänderung (*Verehelichung, Scheidung, Namensänderungen, Geburt, Adoption, Pflegschaft eines Kindes*) Urkunden in Kopie sind unbedingt erforderlich!

- Sonstige Änderungen

Ort und Datum

Unterschrift

(Senden Sie dieses Formular bitte an: OÖ. LKUF, Postfach 200, 4041 Linz, Fax: 0732/668221-89)

Bitte kommen Sie der gesetzlichen Meldepflicht innerhalb von 14 Tagen nach!