

WTW Rentenverwaltung
Adam Opel GmbH
Postfach 20 26
65010 Wiesbaden

Name: _____

Vorname: _____

Ihre Personalnummer: _____

Meine Krankenkasse

Ich bin ab/seit _____ (Datum)

bei folgender gesetzlicher Krankenkasse

beitragspflichtig

freiwillig

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

bei einem Unternehmen der **privaten** Krankenversicherung
(eine Mitgliedsbescheinigung Ihrer privaten Krankenversicherung ist zwingend beizufügen)

im **Ausland** (eine Mitgliedsbescheinigung ist zwingend beizufügen)

krankenversichert.

(Datum, Unterschrift des Versorgungsempfängers)