

Anforderung Krankenversichertenkarte bei Verlust Verlust- / Änderungsanzeige

Ich bin heilfürsorgeberechtigt und fordere hiermit eine neu zu erstellende Krankenversichertenkarte an.

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	

Grund der Anforderung (immer ausfüllen)

☐	Verlust (bitte erläutern)
☐	Defekt (bitte erläutern) (bitte nutzen Sie bei Funktionseinschränkungen in der Arztpraxis das Formular VD1045)
☐	Sonstiger Grund (Adressänderungen sind zwingend gleichlaufend der personalverwaltenden Stelle mitzuteilen)

Das nicht unterschriebene Formular kann nur anerkannt werden, wenn es von einer dienstlichen Mail-Adresse an die Heilfürsorge versandt wurde.

Dokument als Mail versenden

Sollte der automatisierte Versand des Formulars nicht funktionieren, so senden Sie dieses Formular bitte an folgende Mail-Adresse: gs.hfsv.ppsi@polizei.sachsen.de