

Bitte zurücksenden an:

**Künstlersozialkasse**  
Abteilung Versicherte  
Gökerstraße 14  
26384 Wilhelmshaven

Versicherungsnummer (bitte unbedingt angeben)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Mitteilung über die Aufgabe der selbständigen nicht künstlerischen / nicht publizistischen (Neben-)Tätigkeit bzw. die Abmeldung des Gewerbes**

**Name:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Vorname:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitteilung über die **Aufgabe der nicht künstlerischen / nicht publizistischen (Neben-)Tätigkeit** bzw. die **Abmeldung des Gewerbes**:

Meine nicht künstlerische/nicht publizistische Tätigkeit endet(e) am:  
(TTMMJJJJ) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mein Gewerbe wurde abgemeldet am:  
(TTMMJJJJ) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich habe während der Ausübung der nicht künstlerischen / nicht publizistischen Tätigkeit bzw. der Betreibung eines Gewerbes die Krankenkasse gewechselt:

Nein

Ja, ich bin seit (TTMMJJJJ) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mitglied bei der:

Name d. Krankenkasse: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift d. Krankenkasse: 


( Datum )

( Unterschrift – unbedingt erforderlich )

