



## 1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname (lt. Personalausweis): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Mit der/dem Verstorbenen verheiratet seit: \_\_\_\_\_

Eingetragene Lebenspartnerschaft seit: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der entsprechenden Urkunde beifügen)

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom BZSt.  
erteilte Steuer-Identifikations-Nr.(11stellig) an:

<input type="text"/>											
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 2. Bankverbindung:

Die monatliche Zahlung der Versorgungsleistungen soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name der Bank (BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zum verstorbenen Mitglied (Heiratsurkunde bitte in Kopie beilegen)

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Todestag: \_\_\_\_\_ (Bitte Kopie der Sterbeurkunde beifügen)

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zu Kindern:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

(d.h. eheliches Kind, uneheliches Kind,  
adoptiert; entsprechende Urkunde bitte  
in Kopie beifügen)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist entweder eine Ausbildungs- bzw. Studienbescheinigung oder, sofern sie sich wegen Krankheit nicht selbst unterhalten können, ein ärztliches Attest beigefügt.

Bezüglich der vorstehend genannten Kinder sind folgende Änderungen unaufgefordert und rechtzeitig mitzuteilen:

a) Ende der Berufsausbildung

b) Ende des Studiums

c) Tod

Bitte wenden!

## 5. Angaben zur Krankenversicherung:

Hiermit erkläre ich gegenüber der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V. Buch obliegenden Meldeverpflichtung, daß ich

- bei folgender gesetzlicher Krankenkasse (gesetzliche Krankenkassen sind: AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen, Bundesknappschaft und See-Krankenkasse - Name und Anschrift der Krankenkasse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist davon abhängig, ob Sie die Elterneigenschaft erfüllen. Wir bitten Sie daher, alle Kinder auf der Vorderseite aufzuführen und einen entsprechenden Nachweis (Kopie der Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde, etc) beizufügen.

- bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung
- weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

krankenversichert bin.

Das Merkblatt „Hinterbliebenenrente für Witwen/Witwer/eingetragene Lebenspartner“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.  ja

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Datenschutzhinweis:

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz in Verbindung mit dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz in seiner jeweiligen Fassung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.