

1. Persönliche Angaben:

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Staatsangehörigkeit: _____

Verhältnis zum Verstorbenen: leibliches Kind adoptiertes Kind

(Bitte eine Kopie der Abstammungsurkunde bzw. Adoptionsurkunde beilegen)

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

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

2. Bankverbindung:

Die monatliche Zahlung der Versorgungsleistungen soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name der Bank (BIC): _____

IBAN: _____

3. Angaben zum verstorbenen Mitglied:

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Todestag: _____ (Bitte Kopie der Sterbeurkunde beifügen)

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

4. Angaben zur Schul- oder Berufsausbildung:

Gemäß § 23 Abs. 2 der Satzung wird die Waisenrente grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt, darüber hinaus für die Dauer weiterer Schul- oder Berufsausbildung, jedoch höchstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Eine Bescheinigung über das Vorliegen einer Schul- oder Berufsausbildung (z. B. Kopie Ausbildungsvertrag, Immatrikulationsbescheinigung, Schulbescheinigung, etc.)

liegt bei . wird nachgereicht .

Wehr- bzw. Zivildienst wurde abgeleistet: nein ja, gemäß anliegender Bescheinigung

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: _____

- Elterneigenschaft liegt vor
- Elterneigenschaft liegt nicht vor
- bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung
- weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

krankenversichert bin.

- Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung-Bund: ja
 nein
- Ich habe eine Rente bei der Deutschen Rentenversicherung-Bund beantragt: ja
 nein

Das Merkblatt „Hinterbliebenenrente für Waisen“ 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.