



1. Persönliche Daten

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
seit _____

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 Ehegatten: (Heiratsurkunde bitte in Kopie beilegen)

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Falls verstorben, Todestag: _____

4. Angaben zu Kindern:

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis (d.h. eheliches Kind, uneheliches Kind, adoptiert; entsprechende Urkunde bitte in Kopie beifügen)	Hat Wehr-/ Zivildienst abgeleistet?	
			ja	nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. Bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente entfällt der Anspruch auf Kinderzulage bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

Bezüglich der oben genannten Kinder sind folgende Änderungen unaufgefordert und rechtzeitig

mitzuteilen:

a) Ende der Berufsausbildung

b) Ende des Studiums

c) Einberufung zum Wehr- bzw. Zivildienst

d) Tod

5. Versicherungszeiten bei anderen Versorgungsträgern / im europäischen Ausland:

von	bis	Versorgungsträger Anschrift, Versicherungsnummer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. 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: _____

- 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

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.

Stand: September 2020