



## 1. Persönliche Daten

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  
seit \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom Bundesamt für  
Finanzen 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:

(nur erforderlich, wenn Kinder unter 27 sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden)

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: Mai 2018