



1. Persönliche Angaben:

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

Mit der/dem Verstorbenen verheiratet seit: _____

Eingetragene Lebenspartnerschaft seit: _____

(Bitte Kopie der entsprechenden Urkunde beifügen)

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 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 (zur Prüfung eines evtl. Waisenrentenanspruches):

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: _____

- 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 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.