

## 1. Persönliche Angaben:

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

Verhältnis zum Verstorbenen: leibliches Kind  adoptiertes Kind

(Bitte eine Kopie der Abstammungsurkunde bzw. Adoptionsurkunde beilegen)

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:

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: \_\_\_\_\_

- 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.