

Vorgezogene Altersrente



Versorgungseinrichtung
Bezirksärztekammer Koblenz

Emil-Schüller-Straße 45, 56068 Koblenz

Telefax: (0261) 39001-54

Hiermit beantrage ich die Zahlung der vorgezogenen Altersrente zum _____

Mir ist bekannt, dass mein monatlicher Versorgungsanspruch durch die vorzeitige Auszahlung auf Dauer um 0,45 % pro Monat des vorzeitigen Bezuges gekürzt wird.

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: _____

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

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 zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 22 Abs. 1 der Satzung.**

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.