

# Vorgezogene Teilrente



Versorgungseinrichtung  
Bezirksärztekammer Koblenz

Emil-Schüller-Straße 45, 56068 Koblenz

Telefax: (0261) 39001-54

Hiermit beantrage ich die Zahlung der vorgezogenen Teilrente zum \_\_\_\_\_ in Höhe von

30 %       50 %       70 %.

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.

Stand: Mai 2018