

Rentenfragebogen Altersrente



Versorgungseinrichtung
Bezirksärztekammer Koblenz

Bubenheimer Bann 12, 56070 Koblenz

Telefax: (0261) 947 637 - 99

1. Persönliche Daten

Name, Vorname (lt. Personalausweis): _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum/Ort: _____

Straße/Postfach: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

seit _____

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom BZSt.
erteilte Steuer-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:

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 oben genannten Kinder sind folgende **Änderungen unaufgefordert und unverzüglich** 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 Kranken- bzw. Pflegeversicherung:

Hiermit erkläre ich gegenüber der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz entsprechend der mir nach § 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

- bei folgender gesetzlicher Kranken- bzw. Pflegekasse (gesetzliche Kranken-bzw. Pflegekassen sind: z.B. 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.

Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist davon abhängig, ob Sie die Elterneigenschaft erfüllen. Wir bitten Sie daher, alle Kinder auf der Vorderseite aufzuführen und einen entsprechenden Nachweis (Kopie der Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde, etc) beizufügen.

- Elterneigenschaft liegt vor
- Elterneigenschaft liegt nicht vor

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.