



1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname (lt. Personalausweis): _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum/Ort: _____

Anschrift: Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: : _____ E-Mail-Adresse: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Staatsangehörigkeit: _____

Verhältnis zum Verstorbenen: leibliches Kind adoptiertes Kind

(Bitte eine Kopie der Abstammungsurkunde bzw. Adoptionsurkunde beilegen)

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom BZSt.
erteilte Steuer-Identifikations-Nr.(11stellig) an:

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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: _____

- Elterneigenschaft liegt vor

- Elterneigenschaft liegt nicht vor

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.

- bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung
- weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

krankenversichert bin.

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.

Stand: Juni 2023