



## 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: \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 vorgenannten Kinder sind folgende **Änderungen unaufgefordert und unverzüglich** mitzuteilen:

a) Ende der Berufsausbildung

b) Ende des Studiums

c) Tod

## 5. Versicherungszeiten bei anderen Versorgungsträgern / im europäischen Ausland:

von	bis	Versorgungsträger (Anschrift, Versicherungsnummer)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Der Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gilt für alle Versorgungsträger:  ja  nein

## 6. Angaben zur Krankenversicherung:

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 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.

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

## 7. Erklärung über die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit:

Hiermit versichere ich, dass ich seit \_\_\_\_\_ keine ärztliche Tätigkeit mehr ausübe.  
(Bei Angestelltenverhältnis bitte Bestätigung des Arbeitgebers über den letzten Arbeitstag beifügen!)

Nur von niedergelassenen Ärzten auszufüllen:

Meine Zulassung habe ich zum \_\_\_\_\_ zurückgegeben.  
(Bitte schriftliche Bestätigung der KV beifügen!)

Meine Zulassung habe ich noch nicht zurückgegeben. Die Praxis ist jedoch geschlossen und Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit werden daraus nicht mehr erzielt.

Meine Zulassung habe ich noch nicht zurückgegeben, die Praxis wird durch einen Assistenten bzw. Vertreter weitergeführt.

Das Merkblatt „Berufsunfähigkeitsrente“ 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.