

Vorgezogene Altersrente

Bubenheimer Bann 12, 56070 Koblenz

Telefax: (0261) 947 637 - 99

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:

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. **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 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 Krankenversicherung:

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

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.