

Apothekerversorgung
Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

Rentenantrag

Name, Vorname: Tel.:

Privatanschrift:

geboren am: in:

Rentenzahlung ab:
(Auszahlung der Rente jeweils am 20. eines Monats)

Versorgungsberechtigte Angehörige? ja nein
(Ehepartner, Kinder in Ausbildung unter 27 J.)

Bankverbindung:

Konto-Nr.: BIC:

BLZ: IBAN:

Bank:

Krankenversicherung (privat):

Falls Sie privat krankenversichert sind, bitten wir Sie, uns eine Bescheinigung Ihrer Krankenkasse vorzulegen, aus der hervorgeht, dass der Versicherungsschutz Leistungen vorsieht, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) entsprechen.

Krankenversicherung (gesetzlich):

KV-Versicherten-Nr.:

Falls Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, benötigen wir die Angabe ob Sie Kinder haben (auch Erwachsene).

Kinder: ja nein

Hinweis: Kein Beitragszuschuss von der Apothekerversorgung!

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig):

.....
Datum

.....
Unterschrift