

Apothekerversorgung
Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

ANTRAG HINTERBLIEBENENRENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAME	VORNAME	TEL.:
<input type="text"/>		
PRIVATANSCHRIFT:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GEBOREN AM:	IN:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MITGLIEDSNUMMER:	RENTENZAHLUNG AB: (Auszahlung der Rente jeweils am 20. eines Monats)	

BANKVERBINDUNG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONTO-NR.:	BLZ:
<input type="text"/>	
IBAN:	
<input type="text"/>	
BIC:	
<input type="text"/>	
BANK:	

<input type="text"/>
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.

<input type="text"/>
KRANKENVERSICHERUNG (gesetzlich):
<input type="text"/>
KV-VERSICHERTEN-NR.:
Falls Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind benötigen wir die Angabe, ob Sie Kinder haben (auch Erwachsene).
KINDER: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

HINWEIS: Kein Beitragszuschuss von der Apothekerversorgung!

<input type="text"/>
STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (11-stellig):
<input type="text"/>
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (12-stellig):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATUM	UNTERSCHRIFT