APOTHEKERVERSORGUNG
SCHLESWIG-HOLSTEIN

Apothekerversorgung Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

Haben Sie Fragen oder Probleme?
Wir sind für Sie da und helfen Ihnen gerne weiter.

Telefon: 0431 579 3550
Telefax 0431 579 3560

E-Mail: info@av-sh.de
Internet: www.av-sh.de

Antrag Hinterbliebenenrente

Name | Vorname | Tel.

Privatanschrift

Geboren am __ __ . __ __ . __ __ __ __ | In

Mitgliedsnummer | Rentenzahlung ab __ __ . __ __ . __ __ __ __
(Auszahlung der Rente jeweils am 20. eines Monats)

Versorgungsberechtigte Angehörige? ☐ Ja ☐ Nein
(Ehepartner, Kinder in der Ausbildung unter 27 J.)

Bankverbindung

D E
IBAN

BIC

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 gesetzichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) entsprechen.

Krankenversicherung (gesetzlich)

KV-Versicherten-Nr.
Wenn Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, geben Sie bitte an, ob Sie Kinder haben (einschließlich volljähriger Kinder).

Kinder: ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Kein Beitragszuschuss von der Apothekerversorgung!

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) | Sozialversicherungsnummer (12-stellig)

Ort, Datum | Unterschrift