



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0
Fax: 03641 614 - 258
E-Mail: service@aev-thueringen.de

Versicherungsnummer
der Deutschen Rentenversicherung Bund

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Erhebungsbogen
Kranken- und Pflegekassenzugehörigkeit**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch die nachstehende Datenerhebung keine Zuständigkeit unseres Versorgungswerkes in Angelegenheiten Ihrer Kranken- bzw. Pflegeversicherung eintritt.

Name: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____
**Versorgungs-
/Rentennummer:** _____

1. Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert? ja* nein*
Wenn "ja", bei welcher? **(Bitte genaue Anschrift angeben!)**

Wie lautet Ihre Versichertenummer? _____

2. Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung - GRV - (z. B.: Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesknappschaft, Seekasse, Altershilfe für Landwirte, Künstlersozialversicherung)? ja* nein*

ERKLÄRUNG

Ich verpflichte mich, der Ärzteversorgung Thüringen unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, mitzuteilen und zuviel gezahlte Beträge der Ärzteversorgung Thüringen zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, zuviel gezahlte Beträge der Ärzteversorgung Thüringen zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

Bitte wenden!

Angaben bei rentenberechtigten Kindern

1. Kind

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied einer gesetzlichen **Krankenkasse** ja* nein*

Wenn "ja", bei welcher? _____

Versichertennummer _____

Rentenversicherungsnummer _____

2. Kind

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied einer gesetzlichen **Krankenkasse** ja* nein*

Wenn "ja", bei welcher? _____

Versichertennummer _____

Rentenversicherungsnummer _____

3. Kind

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied einer gesetzlichen **Krankenkasse** ja* nein*

Wenn "ja", bei welcher? _____

Versichertennummer _____

Rentenversicherungsnummer _____

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

Wir bitten Sie, ggf. weitere Kinder auf einem gesonderten Blatt anzugeben.