Mitgliedsnummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Sterbegeld

Personalien des verstorbenen Mitgliedes

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Todestag: _____

Personalien der Sterbegeldempfängerin/des Sterbegeldempfängers

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Identifikationsnummer*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Anschrift: _____

_____

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

Personalien der Sterbegeldempfängerin/des Sterbegeldempfängers

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Identifikationsnummer*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Anschrift: _____

_____

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

Personalien der Sterbegeldempfängerin/des Sterbegeldempfängers

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Identifikationsnummer*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Anschrift: _____

_____

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

Erforderliche Unterlagen:

- Kopie der Sterbeurkunde des Mitgliedes
- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- Erklärung, wie viele Kinder der/die Verstorbene hatte

***Hinweis:** Die 11-stellige Identifikationsnummer wurde vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung mitgeteilt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

_____ _____

Datum Sterbegeldempfängerin/Sterbegeldempfänger

_____ _____

Datum Sterbegeldempfängerin/Sterbegeldempfänger

_____ _____

Datum Sterbegeldempfängerin/Sterbegeldempfänger

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevm.de