

III. Beteiligung möglicher anderer Kostenträger

Angabe des Kostenträgers mit Anschrift, Aktenzeichen und Art und Höhe der Beteiligung

1. gesetzliche Krankenkasse/Ersatzkasse
pflichtversichert ja nein
freiwillig versichert ja nein
2. private Krankenversicherung ja nein
3. Rentenversicherung
Haben Sie für mindestens 5 Jahre Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt? ja nein
Haben Sie bei einem anderen Versorgungswerk einen Antrag gestellt? ja nein
Wann und wo? _____

4. Unfallversicherung
gesetzliche Unfallversicherung ja nein
private Unfallversicherung ja nein
5. Beihilfe des Arbeitgebers ja nein
6. Sozialhilfeträger ja nein
7. Schadenersatzansprüche gegen Dritte ja nein
8. Sonstiges

IV. Bankverbindung

IBAN: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| (22 Stellen)

BIC: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| (8 oder 11 Stellen)

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

V. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer:

VI. Erforderliche Unterlagen

- Nachweis über die voraussichtlichen Kosten

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von der Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

VIII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Datum

Unterschrift