

**Mitgliedsnummer** \_\_\_\_\_  
*membership number*

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt**  
**Gutenberghof 7**  
**30159 Hannover**

**Lebensbescheinigung**  
*certificate of being alive*

Hierdurch wird bescheinigt, dass

Name *name* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum *date of birth* \_\_\_\_\_

Anschrift *address* \_\_\_\_\_

lebt/leben.  
*is still/are still alive.*

\_\_\_\_\_  
Datum *date*

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift mit Stempel**  
zum Beispiel: Ärztekammer, Ordnungsamt, Pfarramt, Kreditinstitut, Steuerberater, Krankenhaus, Arzt, Altenheim + Arzt  
*signature with stamp*  
*e. g. state medical chamber, public order office, clergyman's office, principal bank, tax advisor, hospital, doctor, old people's home **with** signature of the doctor*

-----  
**Bescheinigung für Hinterbliebenenrente**  
*certificate is to be signed when receiving widow's/widower's/surviving civil partner's pension.*

Ich bin keine neue Ehe/eingetragene Lebenspartnerschaft eingegangen.  
*I have contracted no new marriage/civil partnership.*

\_\_\_\_\_  
Datum *date*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Witwe/rs/der/des Hinterbliebenen aus eingetragener Lebenspartnerschaft  
*signature of widow/widower/survivor of civil partnership*