

Mitgliedsnummer | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
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): _____

