

Sterbeurkunde

Standesamt Ludwigshafen am Rhein
Registernummer 2025

Tag, Uhrzeit des Todes zwischen dem 25.06.2025, zu unbekannter Uhrzeit, und dem
26.06.2025, 13:20 Uhr

Ort des Todes Ludwigshafen am Rhein

Verstorbene Person

Familienname RV BEA - DSRV

Geburtsname

Vorname(n) Test Vierzehn

Letzter Wohnsitz

Ort, Tag der Geburt Mustergeburtsort, 01.01.1890

Familienstand verheiratet

Ehemann

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Ort, Tag Ludwigshafen am Rhein, 03.07.2025

Urkundsperson

(Hoch, Standesbeamtin)





Landesversicherungsanstalt:
Rheinland-Pfalz

67346 Speyer
Eichendorffstraße 4-6

Telefon
06232 17-0

Telefax
06232 17-2589

Internet
www.lva-rheinland-pfalz.de
E-Mail
service@lva-rheinland-pfalz.de

VAD

Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)

- 1. 6. 04

E. 3713 L.
Arb. G. 33124 Grund.....
Art.

Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz Speyer	Eingangsstempel (LVA)
Eing	25. MAI 2004
V100	
Nr. 9 / Amt	

Hinweis: Um Ihr Versicherungskonto überprüfen und ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) – von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine raschere Erledigung Ihrer Angelegenheiten.
In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Abs. 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

Versicherungsnummer

23 0101 90 01 143

Datum der Antragstellung

11 05 2004

Sollten Sie zu einer Frage weitere Auskunft benötigen, finden Sie Näheres in den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110)

Angaben zur Person

Name <u>RUBEA - DSRV</u>	Vorname (Rufname bitte unterstreichen) <u>Test</u> Viezehn
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum <u>01.01.1990</u>	Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) <u> </u>	
Geburtsort (Kreis, Land)	
Derzeitige Adresse (St) <u>Eichendorffstr. 4-6</u>	
Postleitzahl <u>67346</u>	Wohnort <u>Speyer</u>
Telefonisch tagsüber zu erreichen <u>06221/45-4257</u>	
Telefax, E-Mail <u>buschlinger@t-online.de</u>	
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat) <u> </u>	
Letzter Wohnsitz im Ausland (bei Aufenthalt im Ausland) <u> </u>	
Zuzug aus dem Ausland? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am →	Tag Monat Jahr
Ort, Gebiet, Staat aus	
Bestätigung der Personenstandsdaten des Antragstellers Es lag vor	
<input type="checkbox"/> Geburturkunde	<input type="checkbox"/> Personalausweis
Bestätigfeld	
Stempel, Unterschrift, Datum	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail

3 Angaben zur letzten Beitragszahlung

Der letzte Beitrag wurde gezahlt:

Monat

Jahr

zur

Rentenversicherung
der Arbeiter

Rentenversicherung
der Angestellten

Bahnversiche-
rungsanstalt

knappschaftlichen
Rentenversicherung

See-
kasse

V100/25.02.2004

23 010190 U 143

2

**4 Beitragszeiten im Inland
(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Punkt 5)**

Beweismittel bitte beifügen.

- 4.1 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorrueststandsgeld, Pflegeperson ab 01.04.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999)?

nein ja, dann hier bitte genaue Angaben über Art und Dauer eintragen
(Die Angaben sind entbehrlich, wenn es sich um Zeiten vor dem 01.01.1992 im Beitrittsgebiet handelt.)

vom - bis (Tag, Monat, Jahr) Beispiel	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht Arbeiter, sondern Chemiefach- arbeiter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes bzw. Vermerk „selbständig“)	Höhe des wöchentl. / mtl. Entgelts	An welche Krankenkasse und zu welcher Versiche- rungsanstalt wurden Bei- träge gezahlt (z. B. Bun- desversicherungsanstalt für Angestellte - BIA, LVA Rheinland-Pfalz)?
15.11.1951 – 31.03.1962	Poisterer	Fa: Lehmann; Kleinmöbelhersteller; Maximilianstr. 15; Speyer	monatlich 850,00 DM	AOK Speyer LVA Rhld.-Pf.
01.11.1983 – 17.05.04	Beamter	Deutsche Telekom AG		

- 4.2 Waren Sie während der unter 4.1 eingetragenen Zeiten teilzeitbeschäftigt?
vom - bis wöchentliche Arbeitszeit in Stunden volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

nein ja _____

- 4.3 Standen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?
vom - bis Name und Verwandtschaftsverhältnis

nein ja

- 4.4 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf nicht aufgeführt sind?
vom - bis Versicherungsträger

nein ja

- 4.5 Haben Sie einen Antrag auf Nachversicherung für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine Nachversicherung bereits durchgeführt?
bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein ja

Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis zum 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?
vom - bis Grund

nein ja

- 4.6 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z. B. bei Frauen wegen Heirat)?
wann Versicherungsträger Aktenzeichen

nein ja

- 4.7 Haben Sie in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf nicht als „Pflichtbeiträge Wehr-, Zivildienst“ gekennzeichnet ist?
vom - bis

nein ja

- 4.8 Wurden für Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf nicht als „Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung“ gekennzeichnet sind?
vom - bis Bezeichnung der Einrichtung

nein ja

23 01090 U1B

3

2

5 Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet**Beweismittel bitte beifügen.**

5.1	Wurden Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet zurückgelegt?		
	<input type="checkbox"/> nein, weiter	<input type="checkbox"/> ja	falls ja, sind diese Zeiten (einschließlich FZR) im Sozialversicherungsausweis vollständig enthalten? bei Punkt 6 <input type="checkbox"/> nein, bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen. <input type="checkbox"/> ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen und Fragen 5.2 bis 5.6 beantworten.
5.2	Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen? (Nur angeben, wenn der tatsächliche sozialversicherungspflichtige Arbeitsverdienst vor dem 01.03.1971 über der damaligen Höchstgrenze für die Beitragspflicht von 600,00 M monatlich gelegen hat)		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis (derzeitige Anschrift des Arbeitgebers) Nachweise bitte beifügen
5.3	Waren Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis Aufenthaltsort
5.4	Haben Sie einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis Versorgungssystem / Art der Ausbildung bzw. des ausgeübten Berufs
	Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (z. B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE - / Hauptamtlicher Inoffizieller Mitarbeiter - HIM -)?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis
5.5	Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis bei
5.6	Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

6 Zeiten im Ausland**Beweismittel bitte beifügen.**

6.1	Haben Sie Zeiten im Ausland zurückgelegt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Fragen 6.2 bis 6.5 beantworten.		
6.2	Sind Sie Vertriebener oder Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?		
	<input type="checkbox"/> nein, weiter bei Frage 6.3	<input type="checkbox"/> ja	falls ja, haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Albanien, China, Rumänien, der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten zurückgelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V710 (für Albanien, China), V711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten), V712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen.
	Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Bulgarien, Polen, Ungarn, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten zurückgelegt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V710 (für Bulgarien, Ungarn, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten) bzw. V720 (für Polen) ausfüllen und beifügen.		
6.4	Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU bzw. in dem EWR.		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem
		Staat	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen
			Staatsangehörigkeit
6.5	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis Staat

7 Angaben zu Ersatzzeiten**Beweismittel bitte beifügen.**

(z. B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind) - weitere Tatbestände finden Sie in den Erläuterungen -

Haben Sie Ersatzzeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? - betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	bitte Fragebogen zu Ersatzzeiten (Vordruck V400) ausfüllen und beifügen.

23.01.1990 U 143

4

8 Angaben zu Anrechnungszeiten

Beweismittel bitte beifügen.

(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen vom Arbeitsamt, Meldung beim Arbeitsamt als ausbildungsuchend, nach dem vollendetem 16. Lebensjahr liegende Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Versorgungsleistungen im Beitragsgebiet) - weitere Tatbestände finden Sie in den Erläuterungen -

Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, bitte Fragebogen zu Anrechnungszeiten (Vordruck V410) ausfüllen und beifügen.

9 Angaben zu Kindern

9.1 Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten noch nicht beantragt worden sind.

9.2 Werden Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - frühestens ab dem 01.01.1992 - geltend gemacht?

vom - bis

Kindschaftsverhältnis

nein ja

leibliches Kind

Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen.

10 Sonstige Angaben

10.1 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (Lehrzeit) zurückgelegt? (Als Nachweise sind z. B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief sowie Bescheinigung über die Höhe des erzielten Arbeitsentgelts beizufügen)

vom - bis

Art der Berufsausbildung

Beweismittel

nein ja

sind beigelegt.

liegen nicht mehr vor.

10.2 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle / Aktenzeichen (bitte Feststellungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten beifügen)

nein ja

10.3 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

seit / bis / beantragt am

Versicherungsträger / Aktenzeichen / ggf. Grund der Ablehnung

nein ja

10.4 Besteht oder bestand für Sie eine Versicherung bei der Künstlersozialkasse?

vom - bis

Aktenzeichen

nein ja

10.5 Haben Sie auf einem Rheinschiff eine Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

vom - bis

Berufsbezeichnung

Sitz des Arbeitgebers

nein ja

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung Kenntnis genommen habe.

Erfthal, 17.05.04

Ort, Datum



Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Nachweise über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind nicht einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten unter Ziffer 1 dieses Antrags nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, diese im Original einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Bei sonstigen Unterlagen und Urkunden genügen auch Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist. Wir bitten Sie, diese Bestätigung (keine amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der LVA Rheinland-Pfalz, unsere Versichertenaufstellen, sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- oder Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht nicht aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wurde.

Als Anlagen sind beigelegt:

Kopie der Erneuerungserkunde zum Jahr 2000

VA ✓

AA...24...für 3712 verfasst
- 5. Okt. 2010

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz Speyer

Fing. 28.SEP.2010

Urschriftlich zurück an:

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer

Hauptstrasse 140

Nr. 4 Ant.

Telefon: 0631/...98.88.80

Datum: 24.09.10

Arbeitsgruppe
3712

Versicherungsverlauf

23.01.01.90 u 143

Antwort zum Schreiben vom 07.09.2010

Überprüfung des Versicherungsverlaufs

Ich habe geprüft, ob der Versicherungsverlauf vollständig und richtig ist.

Der Versicherungsverlauf ist vollständig und richtig

Die im Versicherungsverlauf ausgewiesenen Daten sind unrichtig, weil

Unterlagen hierüber besitze ich nicht mehr.
 habe ich im Original oder als bestätigte Fotokopie beigefügt.

Zutreffendes bitte im ankreuzen

Anlagen

Thomas Bräuer
(Unterschrift)

Versicherungsnummer:

ATAD:

3712

Versicherungsnummer und ATAD bei Zuschriften bitte immer angeben



Deutsche
Rentenversicherung

2

Rheinland-Pfalz

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 67340 Speyer

Herrn
Test Vierzehn
RVBEA - DSRV

D

01.01.1990

Leistungsabteilung

Eichendorffstraße 4-6, 67346 Speyer
Postanschrift: 67340 Speyer
Telefon: 06232 17-0
www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de

Es betreut Sie:
Frau Dines

Telefon: 06232 17-1860
Telefax: 06232 17-121860
E-Mail: service@drv-rlp.de

Service-Telefon:
0800 100048 016

Servicezeit:
Mo-Do 08:00 - 16:00 Uhr
Fr 08:00 - 14:00 Uhr

Speyer, den 07.10.2010

Klärung von Zeiten einer beruflichen Ausbildung

Sehr geehrter Herr Buschlinger,

unsere Unterlagen lassen vermuten, dass Sie eine Berufsausbildung (Lehre) absolviert haben.

Die Zeit der Berufsausbildung wirkt sich auf Ihre künftige Rentenhöhe aus.
Deshalb ist es erforderlich diese Zeit als Ausbildungszeit gesondert in Ihrem Versicherungskonto zu kennzeichnen.

Bitte füllen Sie die beigefügte Rückantwort aus und senden Sie diese, zusammen mit den entsprechenden Nachweisen, unterschrieben an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz

Anlage
1 Rückantwort

3

Versicherungsnummer Abt.
23 010190 U 143

Datum: 17.10.10

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz Speyer
Eing. 20.OKT.2010
Nr. 5 / Anl.

Schreiben vom 07.10.10
Bearbeiter/in: Frau Dinius

1. Vertraglicher Zeitraum der Berufsausbildung:

01.08.1974 - 31.07.1977

Tag der Abschlussprüfung:

21.07.1977

Eventuell Berufsausbildung abgebrochen am:

2. Ich habe bis zum _____ Ausbildungsvergütung erhalten.

3. Als Anlagen habe ich beigefügt:

- Lehrvertrag
- Gesellenbrief
- Zeugnis der Abschlussprüfung
- Sonstige Nachweise

Versicherungsnummer Abt.
2310190 W143 3712

Seite
02

4. () Nachweise liegen mir nicht mehr vor. Zu meiner Berufsausbildung mache ich folgende Angaben:

Art der Berufsausbildung:

Die Berufsausbildung wurde absolviert bei:

Zuständige Krankenkasse:

5. () Ich habe keine Berufsausbildung absolviert.

Esthal, 15.10.10
Ort, Datum

Thomas Strübing
Unterschrift

Versicherung
23040190 U 143

Blatt 01
Speyer, 08.06.2004
DTKTSI 08.06.2004
ZTKTSI 11:33:07

BYEC N

AN 3 7 1 3

FENR 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000

YY * 0 2 1 0 0 3713 0
NE 0 2 2 4 0 3713 0 00
ZN 0 8 2 0 0 3713 0 24 00 16052004 25052004 0

* 1 0 0 1 Lüdenscheid
* 1 0 0 3 6
* 1 0 0 4 Ha

A; 8. Juni 2004

* 1 2 9 5 00 07332016
* 1 2 9 9 Esthal
* 1 3 0 0 000
* 1 9 2 9 2200
* 1 4 0 0 01081974

J R 8. Juni 2004

NE 1 4 3 0 01 01111983 00000000
* 1 8 0 0 17 00000000 15032004 16 1
* 1 8 2 0 24 16052004 00000000 16 0 00000000
* 1 8 2 0 29 00000000 09072003 16 1 00000000
* 1 9 4 0 18071974

* 2 1 0 0 1 0 90 1974 0108 3112 001780 00 1 54409493
* 2 1 0 0 1 0 90 1975 0101 3112 005186 00 1 54409493
* 2 1 0 0 1 0 90 1976 0101 3112 005966 00 1 54409493
* 2 1 0 0 1 0 90 1977 0101 3107 004353 00 1 54409493
* 2 1 0 0 1 0 91 1977 0108 3112 014311 00 1 62332762
62340067
* 2 1 0 0 1 0 91 1978 0101 3112 025810 00 1 54409493
62340067
* 2 1 0 0 1 0 90 1979 0101 0101 000076 00 1 54409493
* 2 1 2 0 1 0 91 1979 0201 3112 027685 00 1 32141494
* 2 1 2 0 1 0 91 1980 0101 3103 007371 25 1 32141494
* 2 1 0 0 1 0 91 1980 0104 3112 023933 00 1 54409493
52364975
* 2 1 0 0 1 0 91 1981 0101 3112 032637 00 1 54409493
52364975
* 2 1 0 0 1 0 91 1982 0101 3112 034188 00 1 54409493
52364975
* 2 1 0 0 1 0 91 1983 0101 3110 028139 00 1 54409493
52364975

NE 4 0 0 0 6 00 01111983 30042004 999

B. 1 RS + 3

Im Namen der
Bundesrepublik Deutschland

erenne ich

Herrn

Test Vierzehn RVBEA-DSEV Geb. Datum
mit Wirkung vom 1. November 1983 01.01.1990

unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe

zum

Technischen Fernmeldeassistenten zur Anstellung

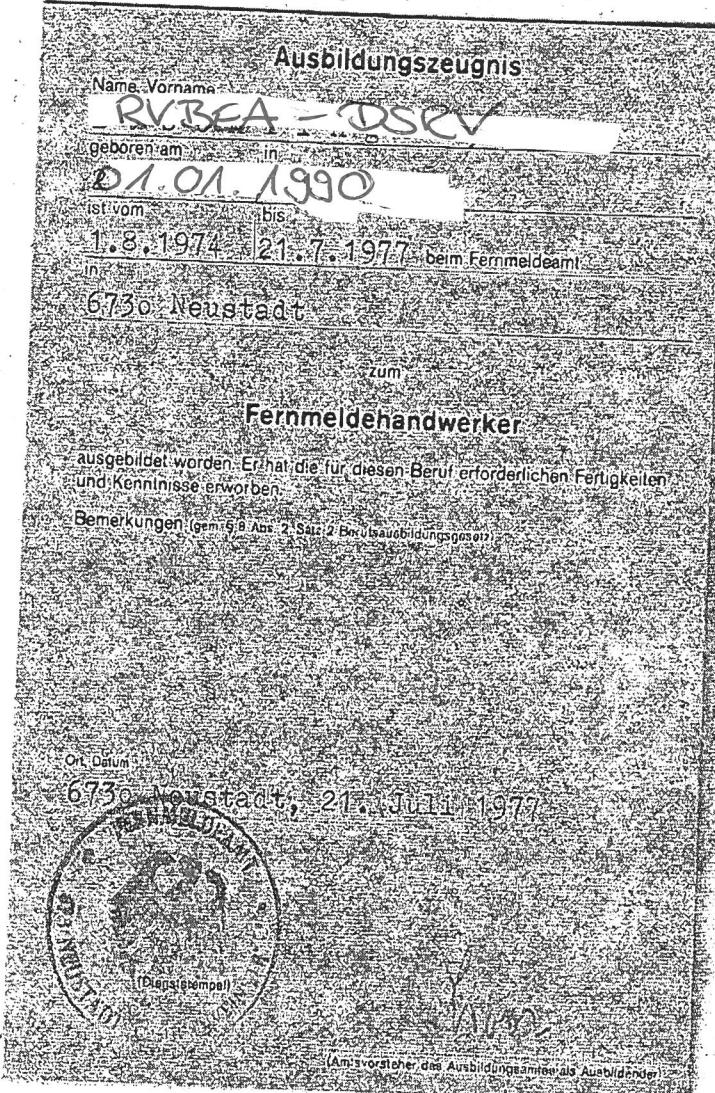
Karlsruhe, den 21. Oktober 1983

Für den Bundesminister
für das Post- und Fernmeldewesen
Der Präsident der Oberpostdirektion

Im Auftrag

Weßner





Versicherungsnummern

23 010190 4 143

FB

Seite 01
 Speyer, den 22.10.2010
 Datum letzter KTSI 22.10.2010
 Zeitpunkt letzter KTSI 09:32:35
 Kontozustand 2200 BYEC N

5

AN 3 7 1 2

FENR 056500 238000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000 000000

22.10.10

Svenja

Teilkontospiegel**DURCHGEFÜHRTE LÖSCHUNGEN****Versicherungszeiten:****Pflichtbeitragszeiten**

	Von	Bis	Entgelt	W	SC	VK	BBNR
				Ä		NR	MQST
XX	* 01.08.1974	31.12.1974	001780,00	1	210010	90	54409493
XX	* 01.01.1975	31.12.1975	005186,00	1	210010	90	54409493
XX	* 01.01.1976	31.12.1976	005966,00	1	210010	90	54409493
XX	* 01.01.1977	31.07.1977	004353,00	1	210010	90	54409493

Arbeitsaufträge:

0212 Teilkontospiegel erstellen (nur HTGR 0 - 5, 8, 9, ohne SC 16XX)

ATAA ATAD ATEL

NE 0 3712 0

0224 Feststellungsbescheid

ATAA ATAD ATEL BXEP

NE 0 3712 0 00

0224 Feststellungsbescheid - Textnummer ohne Datum

ATAA ATAD ATEL BXEP TXNR

NE 0 3712 0 00 799

0820 Feststellungsbescheid, Rentenauskunft, Renteninformation

ATAA ATAD ATEL ATAO MTEP Antrag Eingang AQGD

ZN 0 3712 0 24 00 24.09.2010 28.09.2010 0

Persönliche Daten/Adressen:**Versicherte(r)****Name**

1001 Name

*

1001 Vorname

/

Geburtsangaben/Identifikationsnummer

1002 Geburtsort

Anschrift

1003 Inlandsanschrift - PLZL und Wohnort bzw. Anschrift unbekannt

1003 Straße und Hausnummer

* 1 ... 116

Sonstige Angaben - Versicherte(r)

1295 Gemeindeschlüssel

AD Gemeindeschlüssel

* 00 07332016

1300 Staatsangehörigkeit

Land

* 000

Versicherungsnummer

23 010190 U 143

Seite 03
Speyer, den 22.10.2010
Datum letzter KTSI 22.10.2010
Zeitpunkt letzter KTSI 09:32:35

6

Pflichtbeitragszeiten

Von	Bis	Entgelt	W	SC	VK	BBNR	KKNR
			Ä		NR	MQST	BYVS
*	01.01.1978	31.12.1978	025810,00	1	210010	91 54409493	62340067
*	01.01.1979	01.01.1979	000076,00	1	210010	90 54409493	

Wehrdienst / Ersatzdienst

*	02.01.1979	31.12.1979	027685,00	1	212010	91 32141494
*	01.01.1980	31.03.1980	007371,25	1	212010	91 32141494

Pflichtbeitragszeiten

Von	Bis	Entgelt	W	SC	VK	BBNR	KKNR
			Ä		NR	MQST	BYVS
*	01.04.1980	31.12.1980	023933,00	1	210010	91 54409493	52364975
*	01.01.1981	31.12.1981	032637,00	1	210010	91 54409493	52364975
*	01.01.1982	31.12.1982	034188,00	1	210010	91 54409493	52364975
*	01.01.1983	31.10.1983	028139,00	1	210010	91 54409493	52364975

nicht belegte Zeit

Von	Bis	SC	VK	TX
		NR	NR	
*	01.11.1983	30.04.2004	40006	00 999

Warnung 056500

Wurde im Rahmen des Kontenklärungsverfahrens ein amtlicher Geburtsnachweis vorgelegt, ist dies im Versicherungskonto zu dokumentieren (SC 1406 mit GD = 3).

Hinweis 238000

Es ist ein Beiblatt für die zentrale Warnungsprüfung erstellt worden.

Versicherungsnummer

1800

Busur

~~160~~

23010190 U 143

Seite 02
 Speyer, den 22.10.2010
 Datum letzter KTSI 22.10.2010
 Zeitpunkt letzter KTSI 09:32:35

Anträge/Verfahren:**Beitragsverfahren**

1800 Antrag Versicherung und hausinterne Anträge

AT	Antrag	Bescheid	VA	AQ	
AQ				GD	
*	17	00.00.0000	15.03.2004	16	1
*	17	00.00.0000	07.09.2010	16	9

1820 Antrag Versicherung

AT	Antrag	Bescheid	VA	ELGD	DT §149 SGB VI
AQ					
*	24	16.05.2004	09.06.2004	16	0
*	24	24.09.2010	00.00.0000	16	0

1820 Antrag Renteninformation

AT	Antrag	Bescheid	VA	AQGD	BSDTZT
AQ				ELGD	
*	29	00.00.0000	09.07.2003	16	1
*	29	00.00.0000	24.08.2005	16	1
*	29	00.00.0000	12.08.2006	16	1
*	29	00.00.0000	27.08.2007	16	9
*	29	00.00.0000	15.08.2008	16	9
*	29	00.00.0000	14.08.2009	16	9
*	29	00.00.0000	12.08.2010	16	9

Kontozustand/Kontoführung:

1929 Kontoführung

MMKT

* 2200

1930 Geklärtes Konto

Bis VA AT

* 31.12.2002 16 5

1932 Zentrale Warnungsprüfung

Erledigung AT

YY * 00.00.0000 2

1940 VSNR-Vergabedatum

* 18.07.1974

Sondersachverhalte:

1400 Eintritt in die Versicherung

* 01.08.1974

1430 Ruhegehaltfähige Dienstzeit - §§ 71 Abs. 4, 250 SGB 6

AT Von Bis

* 01 01.11.1983 00.00.0000

Versicherungszeiten:

Pflichtbeitragszeiten - Berufsausbildung

NE	01.08.1974	31.12.1974	001780,00	1	210510	90	54409493
NE	01.01.1975	31.12.1975	005186,00	1	210510	90	54409493
NE	01.01.1976	31.12.1976	005966,00	1	210510	90	54409493
NE	01.01.1977	31.07.1977	004353,00	1	210510	90	54409493

Pflichtbeitragszeiten

Von	Bis	Entgelt	W	SC	VK	BBNR	KKNR
			Ä		NR	MQST	BYVS

* 01.08.1977 31.12.1977 014311,00 1 210010 91 62332762 62340067

Z3 010190 u 143

22. Okt. 2010

zu den Akten
= 5. Jan. 2017
af

Landesversicherer
Rheinland-Pfalz

RVBEA - DSRV
Test Vierzahl

5

01.01.1990

Arb.Gr.

--	--	--	--	--

Versicherte (r):

AGR. 3713

Feststellungsbescheid / Rentenauskunft

Kontenklärung nach § 149 SGB VI
Rentenauskunft nach § 109 SGB VI

- Kontenklärung durchgeführt
 SC 1003 mit 00000 eingegeben (Vers. unbekannt verzogen)
 SC 1003 mit 00000 und SC 1409 eingegeben (Vers. verstorben)
 SC 08x0 geschlossen mit EA mood
 z.d.A.

8. Juni 2004

Datum, Handzeichen

Absendevermerke

- Versicherungsverlauf mit Anlagen
abgesandt

Feststellungsbescheid / Rentenauskunft /
Wartezeitauskunft abgesandt

Paul

15. Juni 2004

Datum, Handzeichen

Datum, Handzeichen

- Anlagen

____ Aufrechnungs- / Entgeltbescheinigungen, ____ Versicherungsausweise, ____ Sammelbuch,

____ Wehrpass, ____ Arbeitsbuch, ____ Meldekarten, ____ Leistungsnachweise, _____

- WV.:

1. _____

2. _____

- z.d.A.

Speyer / Andernach, _____

- WV.:

1. _____

2. _____

- z.d.A.

Speyer / Andernach, 15. Juni 2004

23 010190 u 14B

1. Aktenbereinigung durchgeführt
2. zda
15. Juni 2004
Datum / Handzeichen

JA

Abstammungsurkunde

E 2

(Standesamt) Neustadt an der Weinstraße -/-

RVBEA -DSPV

Nr. 1985)

Fest Vierzehn, männlichen Ge-----
schlechts, -/-

ist am 01.01.1990 -

in Neustadt an der Weinstraße -/-

geboren.

Eltern: Eltern

o. Pissowotzki, evangelisch, beide wohnhaft in Esthal. -/-

Änderungen des
Geburteintrags: -/-



Neustadt an der Weinstraße, den 31. Oktober 1985

Der Standesbeamte



Durchschreibesatz Geburt

Bestell-Nr. 14/105 („Komplett“ 6)

Verlag für Standesamtswesen, 6000 Frankfurt am Ma

31.01. 5661 0003.00 KF

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
23 0101904143	3 9, 1 2

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Deutsche
Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Zweigstelle Andernach

Eing.: 03. Sep. 2025

Nr. 3/Anl.:

Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)

R0820

Bei Hinterbliebenen ist für die Witwe / den Witwer und für jede Waise jeweils ein Vordruck zu verwenden

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name RV BEA - DSRV	Vorname TestVierzehn	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Geburtsdatum 01.01.90	
Straße, Hausnummer Eichendorffstr. 4-6	Telefon 06325988880	
Adresszusatz	Telefax	
Postleitzahl 67346	Wohnort, Land Speyer	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer	Telefon
Adresszusatz	Telefax
Postleitzahl	Wohnort, Land



Versicherungsnummer **23.01.01.906.14.3** Kennzeichen (soweit bekannt) **3 9 1 2**

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Weiterer Rentenbezug

3.1 Beziehen Sie eine weitere Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder ist eine weitere Rente beantragt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4

Rentenversicherungsträger, Versicherungsnummer

ja

seit

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

3.2 Wird zu der weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein ja

4 Bestehender Krankenversicherungsschutz

4.1 Sind Sie freiwillig bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse (AOK, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Knappschaft oder landwirtschaftliche Krankenkasse) versichert, so dass uns Ihre Krankenkasse die für die Zuschussgewährung erforderlichen Angaben übermitteln wird?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 4.5

4.2 Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

bite weiter bei Ziffer 4.4

4.3 Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

Vordruck R0822 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

4.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

ja, bitte Beitragsaufwendungen ebenfalls im **Vordruck R0821 / R0822** eintragen lassen
Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen



| Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 9 1 2

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

23 010190 U/LB

4.4.1 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein

Rentenversicherungsträger, Versicherungsnummer

ja

Tag Monat Jahr
seit [] [] []

4.5 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung?

nein

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
23.01.01.80 U143	3 9 , 1 , 2

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

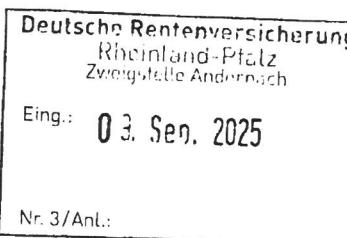
Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte unverzüglich anzugeben:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Bürgergeld),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens) und
- g) den Verzug in einen anderen Staat.

Esthal, 06.09.25

Ort, Datum

[Handwritten Signature]
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers beziehungsweise bei
Waisen des gesetzlichen Vertreters



Versicherungsnummer

23010190 4143

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 9 1 2



Deutsche
Rentenversicherung

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Zweigstelle Andernach

Eing.: 09. Sep. 2025

Nr. 3/Anl.:

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Breitestr. 10
56624 Andernach

R0821

Bescheinigung für den Rentenversicherungsträger zur Prüfung
des Zuschusses zur Krankenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

1 Wir bestätigen, dass für

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsscheinnummer / Mitgliedsnummer
RVBEA - DSRV Viereln 01.01.1990		1600000986
<input type="checkbox"/> ein Versicherungsvertrag für durch Krankheit entstehende Vermögensschäden (zum Beispiel ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien oder zahnärztliche Behandlung) besteht. Beginn der Versicherung _____ gegebenenfalls Ende _____		
<input type="checkbox"/> Unser Krankenversicherungsunternehmen unterliegt der deutschen Aufsicht. → bitte weiter bei Ziffer 2		
<input checked="" type="checkbox"/> eine Mitgliedschaft bei der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder einer anerkannten Solidargemeinschaft mit einem eigenen, von der Disposition eines Dritten unabhängigen Leistungsanspruch besteht. Beginn der Versicherung 01.12.1983 gegebenenfalls Ende _____ → bitte weiter bei Ziffer 2		
<input type="checkbox"/> keine eigene, von der Disposition eines Dritten unabhängige Mitgliedschaft, sondern lediglich eine Mitversicherung besteht. gegebenenfalls Ende _____ → keine weiteren Angaben erforderlich		

2 Höhe des Beitrags für die private Krankenversicherung / des Mitgliedsbeitrags für oben genannte Person (ohne Anspruch auf Krankentagegeld, ohne Beiträge zur Pflegeversicherung und ohne Beiträge / Beitragsanteile für mitversicherte Angehörige)

von - bis	monatlich	von - bis	monatlich
01.07.2025	266,44 EUR		EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			

→ bitte (gegebenenfalls) weiter bei Ziffer 3



Versicherungsnummer

23 010190 4143

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 9 1 2

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Zweigstelle Andernach

Eing.: 09. Sep. 2025

Nr. 3/Anl.:

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten.

3 Beitragsaufwendungen für Familienangehörige

3.1 Bei privatem Krankenversicherungsvertrag

Höhe des Beitrags für Familienangehörige (ohne Anspruch auf Krankentagegeld und ohne Beiträge zur Pflegeversicherung)

für den Ehegatten: Name, Vorname				Geburtsdatum
von - bis	monatlich	von - bis	monatlich	
	EUR		EUR	
leistungsfreies Ruhen von - bis				
für das Kind: Name, Vorname				Geburtsdatum
von - bis	monatlich	von - bis	monatlich	
	EUR		EUR	
leistungsfreies Ruhen von - bis				
für das Kind: Name, Vorname				Geburtsdatum
von - bis	monatlich	von - bis	monatlich	
	EUR		EUR	
leistungsfreies Ruhen von - bis				

3.2 Bei Mitgliedschaft in Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, Postbeamtenkrankenkasse oder anerkannter Solidargemeinschaft

Höhe des Mitgliedsbeitrags einschließlich der Beitragsanteile für berücksichtigungsfähige Familienangehörige / Familienbeitrag (ohne Beiträge zur Pflegeversicherung)

von - bis	monatlich	von - bis	monatlich	EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis				
<input type="checkbox"/> Die Höhe des Familienbeitrags ist von der tatsächlichen Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unabhängig. <input type="checkbox"/> Die Höhe des Familienbeitrags hängt von der Anzahl berücksichtigungsfähiger Angehöriger ab. Berücksichtigt werden folgende Familienangehörige:				
Ehegatte: Name, Vorname				Geburtsdatum
1. Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum	2. Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum	

Postbeamtenkrankenkasse

70467 Stuttgart

Telefon: 0711 3465 2996

Telefax: 0711 3465 2998

E-Mail: service@pbeakk.de

Internet: www.pbeakk.de

28.08.2025

...ontaktdaten der ausfüllenden Stelle

Ausstellungsdatum



Reproduktion eines digitalisierten Originals. Die Reproduktion
ist urheberrechtlich geschützt.

Test Vierzehn

01.01.1990

