

Nachweise für die Abfindung

Nachname

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Geburtsdatum

Die Zahlung bitte ich an die nachfolgende Bankverbindung vorzunehmen:

IBAN

BIC

Name der Bank

Abweichender Kontoinhaber

Steuerliche Identifikationsnummer:

des Antragstellers nach § 139b der Abgabenordnung (AO)

Sozialversicherungsnummer:

des Antragstellers

Ich bin bei folgender Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ

Ort

- gesetzlich krankenversichert.
- privat krankenversichert (einen aktuellen Nachweis über die Mitgliedschaft habe ich beigefügt).
- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht kinderlos bin (den entsprechenden Nachweis habe ich diesem Antrag beigefügt).
- Hiermit bestätige ich, dass ich kinderlos bin.

Ort, Datum

Unterschrift