



## - Erklärung -

des Versorgungsempfängers gegenüber dem  
Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen

**Für die Beantragung einer Berufsunfähigkeitsrente**

### Persönliche Angaben:

Mitgliedsnummer: .....

Name, Vorname: .....

Straße, Haus-Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Familienstand: .....

### Steuer-Identifikationsnummer nach § 139 b der Abgabenordnung (AO):

Identifikationsnummer: .....

(die 11-stellige Steuer-ID Nummer entnehmen Sie auch Ihrem Steuerbescheid)

Für die Übermittlung von Rentenbezugsmitteilungen an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) ist vom Versorgungswerk die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilte Identifikationsnummer zu erheben. Diese Nummer ist nicht identisch mit der bisherigen Steuernummer. Zur Vermeidung von Fehlern bei der Datenübermittlung bitten wir, eine Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamtes für Steuern beizufügen.

**Hinweise:** Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

### Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?

Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut in der BRD

IBAN: DE.....

BIC/SWIFT .....

Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut im Ausland, d.h. außerhalb der BRD

IBAN: .....

BIC/SWIFT: .....

Kontoinhaber sofern abweichend vom Rentenantragsteller

IBAN: .....

BIC/SWIFT: .....

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

.....

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß § 21 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landestierärztekammer Hessen mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtige ich hiermit

**Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen, Bahnhofstr. 13,  
65527 Niedernhausen**

gegebenenfalls überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Ich versichere, dass ich der Inhaber dieses Kontos bin.

Davon unberührt bleiben Erstattungsansprüche gegen Personen, die zu Unrecht über überzahlte Rentenbeträge nach meinem Tode verfügen.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Beantragung von Kinderzuschuss:**

Für folgende Kinder wird ein Kinderzuschuss zum Versorgungsbezug beantragt:  
bis zum 18. Lebensjahr (bitte Nachweis: Abstammungs- /Geburtsurkunde o.ä. beifügen)

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Für folgende Kinder wird ein Kinderzuschuss zum Versorgungsbezug beantragt:  
bis zum 25. Lebensjahr, wenn das Kind sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet  
(bitte Nachweis: Ausbildungsbescheinigung, Abstammungs- /Geburtsurkunde o.ä. beifügen)

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Für folgende Kinder wird ein Kinderzuschuss zum Versorgungsbezug beantragt:  
wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, solange Kindergeld gezahlt  
wird (bitte Nachweis: *Kindergeldnachweis*, Abstammungs- /Geburtsurkunde o.ä. beifügen)

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Name: .....Geburtstag: .....

Bei Kindern über 18 Jahren bitten wir um Beifügung von Nachweisen (z.B. Lehrvertrag, Immatrikulationsbescheinigung der Hochschule, Bescheinigung der Schule, Wehr- oder Ersatzdienstbescheinigung, freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr usw.). Wir bitten den Nachweis immer im Original einzureichen.

**Hinweise:** Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

### Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?

1. Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz und Grönland anzugeben:

nein  ja vom: ..... bis: .....

Versicherungsträger/Versorgungssystem:

.....

Staat: .....

Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen:

.....

2. Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein  ja vom: ..... bis: .....

Staat: .....

3. Falls Sie die Ziffern 1 und 2 mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

nein  ja vom: ..... bis: .....

Versicherungsträger (z.B. BfA, LVA oder Bundesknappschaft):

.....

### Sind Sie Mitglied in mehreren berufsständischen Versorgungseinrichtungen?

nein

ja, Name der berufsständischen Versorgungseinrichtung:

.....

**Hinweise:** Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

**Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung:**

Name, Vorname : .....

Geburtsdatum : .....

Adresse : .....

Hiermit erkläre ich gegenüber dem

**Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen**

entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V. Buch obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

- Mitglied einer privaten Krankenversicherung (Nachweis beifügen)
- bei keiner Krankenversicherung Mitglied
- Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung\*)

.....  
(Name und Anschrift der Krankenkasse).....  
(Versicherten-Nr.).....  
(Sozialversicherungsnummer) beinhaltet u.a. ihr Geburtsdatum und einen Buchstaben)

bin.

\*) gesetzliche Krankenkassen sind: z.B. AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen, Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

Haben Sie Kinder bzw. liegt eine Elterneigenschaft vor?  Ja  Nein  
(Pflegebeitragssatz für Kinderlose ab 01.07.2023: 4,0%, Pflegesatz mit Kind: 3,4%)

Für Leistungsempfänger ab zwei Kinder gibt es Abschläge bei der Pflegeversicherung, für Kinder, die unter 25 Jahre alt sind. Die Elterneigenschaft sowie die Angaben zu den Kindern sind gegenüber dem Versorgungswerk entsprechend nachzuweisen.

Kinder, die das 25. Lebensjahr zum Rentenbeginn nicht vollendet haben:

	<b>Name, Vorname der Kinder</b>	<b>Geburtsdatum</b>
1. Kind		
2. Kind		
3. Kind		
4. Kind		

*(bitte Geburtsurkunde der Kinder in Kopie beifügen)***Hinweise:** Für telefonische erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

**Erforderliche Unterlagen:**

- eigene Geburtsurkunde
- ggf. Geburts-/ Abstammungsurkunde des Kindes / der Kinder
- ggf. Ausbildungsnachweis für Kinder bis zum 25. Lebensjahr
- ggf. Kindergeldnachweis für Kinder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nach dem 25. Lebensjahr

Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Angaben im Erklärungsbogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....	, den	.....	.....
Ort		Datum	Unterschrift