Landestierärztekammer Hessen
– Versorgungswerk –

- Antrag - / Erklärung

des Versorgungsempfängers gegenüber dem

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen

Für die Beantragung einer Hinterbliebenenrente

Persönliche Angaben:

Name, Vorname des verstorbenen Mitglieds: .....

Todestag: .....

Mitgliedsnummer: .....

Name, Vorname: .....

Straße, Haus-Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon / Mobil-Nr.: .....

E-Mail: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

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. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?

☐ Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut in Deutschland

IBAN: DE……..

BIC/SWIFT ……..

☐ Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut im Ausland, d.h. außerhalb Deutschlands

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, Ludwigstr. 1, 65510 Idstein

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

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. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Hat das verstorbene Mitglied 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. Hat das verstorbene Mitglied 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, hat das verstorbene Mitglied auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

☐ nein ☐ ja vom: ..... bis: .....

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

……

War der/die Verstorbene Mitglied in mehrer 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. Datenschutzgesetzt 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

☐ 1. Mitglied einer privaten Krankenversicherung **(Nachweis beifügen)**

☐ 2. bei keiner Krankenversicherung Mitglied

☐ 3. Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung*)

.....
(Name und Anschrift der Krankenkasse) (Versicherten-Nr.)

.....
(Sozialversicherungsnummer) beinhaltet u.a. ihr Geburtsdatum und einen Buchstaben bin.

Nur für Personen, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind:
3.1. Sind Sie dort freiwillig versichert oder Pflichtmitglied?
☐ freiwillig ☐ pflichtig

3.2. Sind Sie kinderlos? ☐ Ja ☐ Nein (Nachweis ist beizufügen)
(Pflegebeitragssatz für Kinderlose: 4,2%, Pflegesatz mit Kind: 3,6%)

3.3. Kinder, die das 25. Lebensjahr zum Rentenbeginn nicht vollendet haben:
(*bitte Geburtsurkunde der Kinder in Kopie beifügen)*

	Name, Vorname der Kinder	**Geburtsdatum**
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. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Erforderliche Unterlagen: (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich von einer Behörde beglaubigen lassen.)

- Sterbeurkunde des verstorbenen Mitglieds im Original
- Heiratsurkunde im Original oder beglaubigte Kopie
- eigene Geburtsurkunde im Original oder beglaubigte Kopie
- ggf. Geburts- / Abstammungsurkunde mind. eines Kindes in Kopie
- Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamts für Steuern über die Identifikationsnummer

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

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

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. Datenschutzgesetzt und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).