Landestierärztekammer Hessen
– Versorgungswerk –

# - Antrag - / Erklärung

**des Versorgungsempfängers gegenüber dem**

**Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen**

**Für die Beantragung einer Versorgungsausgleichsrente**

## Persönliche Angaben:

Rentenbeginn: .....

Mitgliedsnummer: .....

Name, Vorname: .....

Straße, Haus-Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon: .....

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 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, 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).

## 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: 4,2%, Pflegesatz mit Kind(-er): 3,6%)

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:

| | **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.)

- eigene Geburtsurkunde
- ggf. Geburts- / Abstammungsurkunde des Kindes / der Kinder

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).