

Antrag / Erklärung des Versorgungsempfängers

gegenüber dem

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen

.....
(Ort, Datum)

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 zugewiesene 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

Diese Zustimmung ist jederzeit frei widerruflich.

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
- freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung*)
- freiwilliges Mitglied und Selbstzahler
- Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung*)

.....
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

bin.

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

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:

	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. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).

Von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen:

Für den oben genannten Antragsteller/die obengenannte Antragstellerin sind von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und abzuführen.

ja

nein

Betriebs-Nr. der Krankenkasse:

Sozialversicherтенnummer:

Gültiger Grund-Beitragssatz:%
(incl. gesetzlichem Sonderbeitrag)

gültiger Zusatz-Beitragssatz:%

Mehrfachbezug:

ja

nein

VB-Max.:€

.....

PLZ, Ort, Datum, Tel.-Nr.

.....

Unterschrift

Stempel

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

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