



Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Rentenabteilung
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 Frankfurt am Main

Fragebogen zum Antrag auf

<input type="checkbox"/> Altersrente
<input type="checkbox"/> vorgezogene Altersrente
<input type="checkbox"/> aufgeschobene Altersrente

1. Persönliche Angaben:	
Mitgliedsnummer:	
Name:	Vornamen (Rufname unterstreichen):
Geburtsname:	Geburtsort/Geburtsland:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	akad. Grad, Titel:
geschieden/ Lebenspartnerschaft aufgehoben seit:	Wohnort:
Straße:	Telefon:

2. Für folgende Kinder, die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, wird ein Kinderzuschuss zur Altersrente beantragt:	
2.1	bis zum 18. Lebensjahr
	Name: Geburtstag:
	Name: Geburtstag:
	Name: Geburtstag:

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



2.2	bis zum 27. Lebensjahr	
	Name:	Geburtstag:
	Name:	Geburtstag:
	Name:	Geburtstag:
Bei Kindern über 18 Jahren bitten wir um Beifügung von Nachweisen (z. B. Lehrvertrag, Bescheinigungen des Lehrherrn, Immatrikulationsbescheinigungen der Universität, Bescheinigung der Schule, ärztliches Attest, Wehr- oder Ersatzdienstzeitbescheinigung usw.).		

3. Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?	
Konto-Nr.:	BLZ:
Kreditinstitut:	

4. Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung	
4.1	Das beigefügte Informationsschreiben bitten wir zu beachten. Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung bzw. ich gehöre weder einer privaten Krankenversicherung noch einer gesetzlichen Krankenversicherung an: <input type="checkbox"/> ja (Die Beantwortung der Frage 4.3 entfällt.) <input type="checkbox"/> nein (Bitte die Fragen 4.3 – 4.4 beantworten.)

4.2	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	
	Name der Krankenkasse:	meine Versicherungsnummer:
	Anschrift der Krankenkasse:	

4.3	Ich kann die Elterneigenschaft nachweisen <input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.) <input type="checkbox"/> nein
-----	---

4.4	Ich habe Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----	--



5. Beginn der Altersrente	
	Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente beginnt mit dem 1. des nach Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monats.

6. Der Anspruch auf vorgezogene Altersrente besteht frühestens ab dem 1. des folgenden Monats, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird.	
	Die Zahlung der vorgezogenen Altersrente beginnt dann frühestens mit dem Monat des Antragseingangs beim Versorgungswerk.
	Gewünschter Beginn der vorgezogenen Altersrente:

7. Aufgeschobene Altersrente	
7.1	Mit Schreiben vom _____ wurde ein Aufschub der Altersrente bis _____ beantragt. Die Zahlung der Altersrente beginnt frühestens mit dem Monat des Antragseingangs beim Versorgungswerk.

7.2	Änderung des gewünschten Aufschubs der Altersrente:
	<input type="checkbox"/> ja
	Neuer Termin:

8. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?	
8.1	Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. in dem EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	vom: bis:
	Versicherungsträger/Versorgungssystem: Staat:
	ausländische Versicherungszeiten / Versicherungsnummer / Aktenzeichen:



8.2	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?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vom:	bis:
	Staat:	
	Falls Sie die Ziffern 8.1 und 8.2 mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vom:	bis:
	Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung)	

8.3	<p>Ich bin damit einverstanden, dass sich das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen mit den weiteren eventuell beteiligten Versorgungseinrichtungen bzw. Versicherungsträgern in Verbindung setzt um</p> <p style="text-align: center;">die Einleitung des Rentenverfahrens beim hiesigen Versorgungswerk mitzuteilen, die bestehenden Versicherungszeiten abzuklären und die für die Berechnung der Rente notwendigen Informationen zu erhalten.</p>
-----	--

_____	, den	_____	_____
(Ort)		(Datum)	(Unterschrift)

Hinweis: Sollten auch zu anderen Versorgungseinrichtungen Beiträge entrichtet worden sein, sind auch bei diesen Versorgungseinrichtungen Anträge zu stellen.



9.	Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)
	Identifikationsnummer:
	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.

10.	Erforderliche Unterlagen (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich beglaubigen lassen.):
	<p>eigene Geburtsurkunde</p> <p>Geburtsurkunden zuschussberechtigter Kinder</p> <p>unter Ziffer 2.2 aufgeführte entsprechende Nachweise</p> <p>Nachweis über die Elterneigenschaft (nur sofern nicht bereits mit den Nachweisen für zuschussberechtigte Kinder abgedeckt)</p> <p>Lebensbescheinigung für Sie und ggf. zuschussberechtigte Kinder</p> <p>Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamtes für Steuern über die Identifikationsnummer</p>

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

_____	, den	_____	_____
(Ort)		(Datum)	(Unterschrift)