



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

### Fragebogen zum Antrag auf

<input type="checkbox"/> <b>Witwenrente/Witwerrente</b>
<input type="checkbox"/> <b>Halbwaisenrente</b>
<input type="checkbox"/> <b>Vollwaisenrente</b>

Der Fragebogen findet ab dem 01.01.2010 auch Anwendung bei Lebenspartnerschaften im Sinne des LPartG. Für Kinder über 18 Jahre ist jeweils ein gesonderter Fragebogen auszufüllen (bitte ggf. anfordern).

1. Angaben zum verstorbenen Mitglied:	
Mitgliedsnummer:	
Name:	Vorname:
Geburtstag:	Sterbedatum:
Staatsangehörigkeit:	geschieden / Lebenspartnerschaft aufgehoben seit:

2. Hatte das verstorbene Mitglied Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?	
2.1	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
wenn ja, vom:	bis:
Versicherungsträger / Versorgungssystem:	Staat:
ausländische Versicherungszeiten / Versicherungsnummer / Aktenzeichen:	

**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	<b>Hatte sich 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?</b>	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, vom:	bis:
	Staat:	
	Falls Sie die Ziffern 2.1 und 2.2 mit ja beantwortet haben, hat das Mitglied auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vom:	bis:
	Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung):	

<b>3.</b>	<b>Bestand eine Mitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk innerhalb der Bundesrepublik Deutschland?</b>	
3.1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vom:	bis:
	Name und Adresse des Trägers:	Mitgliedsnummer:

3.2	<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.**



<b>4. Ist der Tod des Mitgliedes durch Unfall oder durch eine andere Person verursacht worden?</b>	
4.1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>4.2 Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:	Adresse:
Aktenzeichen:	Art und Höhe des Schadenersatzanspruches:

<b>5. Sonstige Todesursache:</b>	
<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Tod durch Selbsttötung

<b>6. Angaben zur Person der Witwe / des Witwers:</b>	
Name:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsort:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Datum der Eheschließung / Begründung der Lebenspartnerschaft:	Telefon:
Straße:	Wohnort:

<b>7. Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung</b>	
7.1	<p>Das beigefügte Informationsschreiben bitten wir zu beachten.</p> <p>Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung bzw. ich gehöre weder einer privaten Krankenversicherung noch einer gesetzlichen Krankenversicherung an:</p> <p><input type="checkbox"/> ja (Die Beantwortung der Frage 7.3 entfällt.)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (Bitte die Fragen 7.3 – 7.4 beantworten.)</p>



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

7.3	Ich kann die Elterneigenschaft des verstorbenen Mitgliedes nachweisen
	<input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)
	<input type="checkbox"/> nein

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

<b>8.</b>	<b>Für folgende Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird eine Waisenrente beantragt:</b>	
8.1	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	
	In der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied versichert bzw. familienversichert:	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, da privat versichert bzw. weder privat noch gesetzlich krankenversichert
	Name der Krankenkasse:	Postfach / Straße:
	Postleitzahl und Ort:	Versicherungsnummer:
	Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht:	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO) (Erläuterung s. Punkt 10):	

8.2	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	

**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).



In der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied versichert bzw. familienversichert:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, da privat versichert bzw. weder privat noch gesetzlich krankenversichert
Name der Krankenkasse:	Postfach / Straße:
Postleitzahl und Ort:	Versicherungsnummer:
Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO) (Erläuterung s. Punkt 10):	

8.3	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	
	In der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied versichert bzw. familienversichert:	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, da privat versichert bzw. weder privat noch gesetzlich krankenversichert
	Name der Krankenkasse:	Postfach / Straße:
	Postleitzahl und Ort:	Versicherungsnummer:
	Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht:	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO) (Erläuterung s. Punkt 10):		

<b>9.</b>	<b>Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?</b>	
9.1	Konto-Nr.:	BLZ:
	Kreditinstitut:	

<b>10.</b>	<b>Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)</b>
	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.

**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).



<b>11.</b>	<b>Erforderliche Unterlagen:</b> (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich beglaubigen lassen.)
	<p>eigene Geburtsurkunde</p> <p>Geburtsurkunde waisenrentenberechtigter Kinder</p> <p>Heiratsurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde ( Lebenspartnerschaft nach dem LPartG)</p> <p>Sterbeurkunde (bei Vollwaisenrente für beide Elternteile)</p> <p>Nachweis über die Elterneigenschaft (nur sofern nicht bereits mit den Nachweisen für waisenrentenberechtigte Kinder abgedeckt)</p> <p>Lebensbescheinigung für Sie und ggf. waisenrentenberechtigte Kinder</p> <p>Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamtes für Steuern über die Identifikationsnummer</p>

<b>12.</b>	<b>Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.</b>
------------	--

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