

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

Fragebogen zum Antrag auf

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

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, Kroatien, 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 und Grönland anzugeben.	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vom:	bis:
	Versicherungsträger/Versorgungssystem:	Staat:
	ausländische Versicherungszeiten / Versicherungsnummer / Aktenzeichen:	

Fragebogen Witwen-/ Waisenrente / Rentenabteilung / Stand 10.10.2018

Hinweise: Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen i.V.m. § 3 HDSIG. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen.

2.2	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?	
	<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):		

3.	Bestand eine Mitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk innerhalb der Bundesrepublik Deutschland?	
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>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.

4. Ist der Tod des Mitgliedes durch Unfall oder durch eine andere Person verursacht worden?	
4.1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.2	Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name: Adresse:
	Aktenzeichen: Art und Höhe des Schadenersatzanspruches:
4.3	Ist der Verursacher des Todes des Mitgliedes ein Familienmitglied, das mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft lebte?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name:
	Liegt eine vorsätzliche Handlung des Familienmitgliedes vor?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

6. Angaben zur Person der Witwe / des Witwers:	
6.1	Name: Vorname:
	Geburtsname: Geburtsort:
	Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:
	Straße: Telefon:
	Wohnort: Datum der Eheschließung / Begründung der Lebenspartnerschaft:
6.2	Bestand die Ehe /die eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Mitgliedes?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis:
6.3	Haben Sie nach dem Tod des Mitgliedes wieder geheiratet/eine Lebenspartnerschaft begründet?
	<input type="checkbox"/> ja am: <input type="checkbox"/> nein

7.	Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung
7.1	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied einer <u>privaten</u> Krankenversicherung
7.2	<input type="checkbox"/> Ich bin bei keiner Krankenversicherung Mitglied
7.3	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwilliges Mitglied <u>und</u> Selbstzahler
	Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung
	Sozialversicherungsnummer (kann bei der Krankenkasse erfragt werden)
7.4	Ich kann die Elterneigenschaft nachweisen (Erklärung siehe Informationsschreiben)
	<input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.) <input type="checkbox"/> nein
7.5	Ich habe Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften:
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.	Für folgende Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird eine Waisenrente beantragt:	
8.1	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	
	<input type="checkbox"/> Das Kind ist Mitglied einer privaten Krankenversicherung	
	<input type="checkbox"/> Das Kind ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung	
	<input type="checkbox"/> Familienversichert bei einer gesetzlichen Krankenversicherung	
	<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert bei einer gesetzlichen Krankenversicherung	
	Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung	
	Sozialversicherungsnummer (kann bei der Krankenkasse erfragt werden)	
	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):	

9.2	<input type="checkbox"/> Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut im Ausland, d. h. außerhalb der BRD	
	Kontonummer	BIC/SWIFT
	Name und Anschrift des Geldinstituts im Ausland	
9.3	<input type="checkbox"/> Für Überweisungen auf ein Konto eines europäischen Geldinstituts bitten wir <u>zusätzlich</u> um Angabe von IBAN und BIC.	
	IBAN (International Bank Account Number)	
	BIC (Bank Identifier Code)	
<p>Um es unserer Bank zu ermöglichen, dass unsere Zahlungen an Sie beschleunigt weitergeleitet werden, bitten wir Sie, uns zu Ihren jeweiligen Bankverbindungen die korrekte IBAN und den entsprechenden BIC mitzuteilen. Diese Information erhalten Sie auf Nachfrage von Ihrer kontoführenden Bank. Bitte achten Sie auf die korrekte Weitergabe dieser Daten bei der Übermittlung an uns. Im BIC ist eine Null mit Ø darzustellen. Bitte berücksichtigen Sie, dass nur mit diesen Informationen eine schnelle und kostengünstige Überweisung möglich ist.</p>		
9.4	<input type="checkbox"/> Kontoinhaber sofern abweichend vom Rentenantragssteller	
	IBAN (International Bank Account Number)	
	BIC (Bank Identifier Code)	
Name und Anschrift des Kontoinhabers		
9.5	In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß § 5 Abs. 5 und 8 der Versorgungsordnung mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtige ich hiermit	
	das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Mittlerer Hasenpfad 25, 60598 Frankfurt	
	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.		

10.	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.

11.	Erforderliche Unterlagen: (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>Lebensbescheinigung für Sie und ggf. waisenrentenberechtigzte Kinder</p> <p>Nachweis über die Elterneigenschaft. Einzelheiten hierzu sind dem Merkblatt zur Krankenversicherung zu entnehmen.</p> <p>Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamtes für Steuern über die Identifikationsnummer</p> <p>Hinweise: Urkunden, die im Original eingereicht werden, werden zurückgesandt. Kopien von Urkunden sind amtlich zu beglaubigen. Der Beglaubigungsvermerk muss ein Dienstsiegel enthalten. Für eine amtliche Beglaubigung mit Dienstsiegel kommen in Betracht: Melde- oder Kirchenbehörden, Ortspolizei, gesetzliche Krankenkassen und weitere Behörden. Es empfiehlt sich eine vorherige telefonische Abklärung, da evtl. auch Gebühren erhoben werden. Eine Beglaubigung mit Dienstsiegel durch einen Notar ist ebenfalls möglich und ist mit entsprechenden Kosten verbunden.</p>

12.	Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers: Ich versichere an Eides statt, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können, wenn damit unrechtmäßig Vermögensvorteile erlangt wurden.
	<p>_____ , den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>

Hinweise: Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen i.V.m. § 3 HDSIG. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen.