

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).

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

<b>2.</b>	<b>Hatte das verstorbene Mitglied Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?</b>	
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	<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>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
4.2	Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>
	Aktenzeichen: <input type="text"/> Art und Höhe des Schadenersatzanspruches: <input type="text"/>
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: <input type="text"/>
	Liegt eine vorsätzliche Handlung des Familienmitgliedes vor?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

<b>7.</b>	<b>Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung</b>
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

<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:	
	<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):	

8.2	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):			
8.3	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.	<b>Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?</b>																																																									
9.1	<input type="checkbox"/> Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut in der BRD IBAN (International Bank Account Number) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">E</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> BIC (Bank Identifier Code) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	D	E																																																							
D	E																																																									

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.



<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.

<b>11.</b>	<b>Erforderliche Unterlagen: (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich beglaubigen lassen.)</b>
	<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>

<b>12.</b>	<b>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.</b>
	<p>_____ , den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>