

Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Mitgliederservice
 Hanauer Landstraße 150
 60314 Frankfurt am Main

Fragebogen zum Antrag auf

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

Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

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:	



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 Halbwaise/Vollwaise:	
	Name:	Vorname:
	Geburtsname:	Geburtsort:
	Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
	Datum der Eheschließung / Begründung der Lebenspartnerschaft:	Telefon:
	Straße:	Wohnort:

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

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.

