





<b>3.</b>	<b>Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung</b>
3.1	Ich bin Mitglied einer <u>privaten</u> Krankenversicherung
3.2	Ich bin bei keiner Krankenversicherung Mitglied
3.3	Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
	Ich bin freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
	Ich bin freiwilliges Mitglied <u>und</u> Selbstzahler
	Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung
	Sozialversicherungsnummer (kann bei der Krankenkasse erfragt werden)
3.4	Ich kann die Elterneigenschaft nachweisen (Erklärung siehe Informationsschreiben)
	ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.) nein
3.5	Ich habe Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften:
	ja nein

<b>4.</b>	<b>Beginn der Altersrente</b>
	Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente beginnt mit dem 1. des nach Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monats.

<b>5.</b>	<b>Der Anspruch auf vorgezogene Altersrente besteht frühestens ab dem 1. des folgenden Monats, in dem das 60. - bzw. bei Beginn der Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011 das 62. - Lebensjahr vollendet wird.</b>
5.1	Die Zahlung der vorgezogenen Altersrente beginnt dann frühestens mit dem Monat des Antragseingangs beim Versorgungswerk.
	Gewünschter Beginn der vorgezogenen Altersrente:
5.2	Die vorgezogene Altersrente wird als Teilrente von 30%, 50%, 70% beantragt.

<b>6.</b>	<b>Aufgeschobene Altersrente</b>
6.1	Mit Schreiben vom _____ wurde ein Aufschub der Altersrente bis _____ beantragt.
	Die Zahlung der Altersrente beginnt frühestens mit dem Monat des Antragseingangs beim Versorgungswerk.
6.2	Änderung des gewünschten Aufschubs der Altersrente:
	ja   Neuer Termin:

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>7.</b>	<b>Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?</b>	
7.1	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, Kroatien, 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 und Grönland anzugeben.	
	ja	nein
	vom:	bis:
	Versicherungsträger/Versorgungssystem:	Staat:
	ausländische Versicherungszeiten / Versicherungsnummer / Aktenzeichen:	
7.2	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?	
	ja	nein
	vom:	bis:
	Staat:	
	Falls Sie die Ziffern 7.1 und 7.2 mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?	
	ja	nein
	vom:	bis:
	Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung)	
7.3	Ich bin damit einverstanden, dass sich das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen mit den weiteren eventuell beteiligten Versorgungseinrichtungen bzw. Versicherungsträgern in Verbindung setzt um  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 _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>		

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

<b>8.</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>9.</b>	<b>Erforderliche Unterlagen</b>
	<p>Eigene Geburtsurkunde (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich beglaubigen lassen)</p> <p>Lebensbescheinigung von einer ein amtliches Dienstsiegel führenden Stelle</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 auf Wunsch 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>10.</b>	<b>Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.</b>
<p>_____ , den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>	