

Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Rentenabteilung
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 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.

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.	Begründung des Anspruchs:
8.1	<input type="checkbox"/> Schulausbildung (Bescheinigung der Schule, Hochschule, Fachschule, Fachhochschule beifügen.)
	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung (Ausbildungsvertrag in beglaubigter Kopie beifügen.)
	<input type="checkbox"/> körperliche oder geistige Gebrechen (Ärztliche Bescheinigung mit Bestätigung, dass das Kind außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten, beifügen.)
	<input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst oder ähnliches (Vertrag in Kopie beifügen.)

9.	Haben Sie gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder gleichgestellten Dienst geleistet?
9.1	<input type="checkbox"/> ja, vom: (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)
	bis:
	<input type="checkbox"/> nein

10.	Auf welches Konto soll die Rentenzahlung überwiesen werden?
10.1	<input type="checkbox"/> Überweisung auf mein Konto bei dem Geldinstitut in der BRD
	IBAN (International Bank Account Number)
	D E
	BIC (Bank Identifier Code)

11.	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.

12.	Erforderliche Unterlagen: (Fotokopien von Urkunden bitte amtlich beglaubigen lassen.)
	<p>Eigene Geburtsurkunde</p> <p>Sterbeurkunde (bei Vollwaisenrente für beide Elternteile)</p> <p>Lebensbescheinigung</p> <p>Nachweis über die Elterneigenschaft. Einzelheiten hierzu sind dem Merkblatt zur Krankenversicherung zu entnehmen.</p> <p>Nachweis über Schul- oder Berufsausbildung, Vertrag Bundesfreiwilligendienst oder ähnliches</p> <p>Wehr- oder Zivildienstbescheinigung</p> <p>Kopie des Zuteilungsschreibens des Bundeszentralamtes für Steuern über die Identifikationsnummer</p> <p>Sofern die Waise verheiratet ist: Heirats-/Lebenspartnerschaftsurkunde (bei Lebenspartnerschaften im Sinne des LPartG)</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>

13.	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.
------------	--

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