

2.2	<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	
2.3	<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) <input style="width: 100%; border: none; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;" type="text"/>	
	BIC (Bank Identifier Code) <input style="width: 100%; border: none; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;" type="text"/>	
	<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>	
2.4	<input type="checkbox"/> Kontoinhaber sofern abweichend vom Rentenantragssteller	
	IBAN (International Bank Account Number) <input style="width: 100%; border: none; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;" type="text"/>	
	BIC (Bank Identifier Code) <input style="width: 100%; border: none; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;" type="text"/>	
	Name und Anschrift des Kontoinhabers	
2.5	<p>In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß § 2 Abs. 1 der Versorgungsordnung mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtige ich hiermit</p> <p>das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 150, 60314 Frankfurt</p> <p>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.</p> <p>Davon unberührt bleiben Erstattungsansprüche gegen Personen, die zu Unrecht über überzahlte Rentenbeträge nach meinem Tode verfügen.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> (Ort) (Datum) Unterschrift </div> <p>Diese Zustimmung ist jederzeit frei widerruflich.</p>	

3.	Zugehörigkeit zur Kranken- und Pflegeversicherung
3.1	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied einer <u>privaten</u> Krankenversicherung
3.2	<input type="checkbox"/> Ich bin bei keiner Krankenversicherung Mitglied
3.3	<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
	Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung
	Sozialversicherungsnummer (kann bei der Krankenkasse erfragt werden)
3.4	Ich kann die Elterneigenschaft nachweisen (Erklärung siehe Merkblatt zur Kranken- und Pflegeversicherung)
	<input type="checkbox"/> ja, ich habe mindestens ein Kind (unabhängig vom Alter) (Bitte Nachweise beifügen.)
	<input type="checkbox"/> ja, ich habe mindestens zwei Kinder, welche das 25. Lebensjahr <u>noch nicht vollendet</u> haben (Bitte Nachweise beifügen.)
	<input type="checkbox"/> nein
3.5	Ich habe Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften:
	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

4.	Beginn der Altersrente
	Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente beginnt mit dem 1. des nach Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monats.

5.	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.
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 <input type="checkbox"/> 30%, <input type="checkbox"/> 50%, <input type="checkbox"/> 70% beantragt.

6.	Aufgeschobene Altersrente
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:
	<input type="checkbox"/> ja Neuer Termin:

7.	Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der unten genannten Staaten gezahlt?	
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.	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	
	_____ , den _____	_____
	(Ort)	(Datum) (Unterschrift)

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

8.	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.

9.	Erforderliche Unterlagen
	<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>

10.	Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
<p>_____ , den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>	