

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

Lebensbescheinigung
Certification of life / Certificat de vie

1.	Mitgliedsnummer: <small>Membership number/Numéro de membre</small>

2.	Bescheinigung der ausstellenden Behörde (nur bei vollständigen Angaben gültig) <small>Certification of the authority issuing (only valid if the information is complete) / Attestation des autorités de délivrance (uniquement valable si les données sont complètes)</small>
-----------	---

Es wird hiermit aufgrund

persönlicher Vorsprache des Versorgungsempfängers unter Vorlage des
personal appearance of the recipient of the pension with presentation of the / d'un entretien personnel avec le bénéficiaire de la retraite et la soumission de la
Personalausweises/Reisepasses Nr.: _____
personal identity card/passport no.: / carte d'identité/passeport no.:

des Melderegisters der Wohnsitzgemeinde/ the population register/du registre des déclarations domiciliaires
bestätigt, dass unten stehende(r) Versorgungsempfänger(in) lebt (leben)
this is to confirm that the recipient(s) of pensions stated below is/are alive:/que le/la bénéficiaire de la retraite indiqué/e plus bas est en vie:

Bei Bescheinigung durch den behandelnden Arzt, Krankenhaus oder Pflegeheim:

Upon confirmation from the doctor, hospital or insurance company carrying out treatment:/ Sur présentation d'un certificat délivré par le médecin traitant, hôpital ou caisse d'assurance:

Die unten genannte Person ist aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage eine
dienstsiegelführende Stelle aufzusuchen.

The person mentioned below is not able to seek out an agency or authority which issues an official seal due to health reasons. /la personne mentionnée ci-dessous n'est pas en mesure de fournir un sceau officiel de l'autorité délivrante pour des raisons de santé.

Personalausweis/Reisepass Nr.:

personal identity card/passport no.: / carte d'identité/passeport no.: _____

Lfd. Nr.	Familienname <small>Surname/Nom de famille</small>	Vorname <small>First name/Prénom</small>	Geb. Datum <small>Date of birth/Date de naiss</small>	Familiens-stand <small>Family status/État civil</small>	Aktueller Wohnort <small>address/adresse</small>

(Ort und Datum/Place an date/Lieu et date)

(Siegel/Seal/Sceau)

(Adresse und Unterschrift der ausstellenden Behörde/Address and signature of the authority issuing/ Adresse es signature des autorités de délivrance)

Wichtige Hinweise:

Wir weisen ausdrücklich auf § 1 Abs. 4 der Versorgungsordnung hin. Danach sind Leistungsempfänger oder deren Hinterbliebene, Erben oder Sorgeberechtigte verpflichtet, Änderungen bezüglich der Leistungsvoraussetzungen (z.B. Wiederverheiratung, Tod) innerhalb von zwei Wochen dem Versorgungswerk schriftlich mitzuteilen. 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.

