

Hessische Zahnärzte-Versorgung

Hinweis zum Antrag auf Hinterbliebenenbezüge

Der Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge beginnt mit dem auf den Todestag des Mitgliedes folgenden Tag oder, falls dieses in Bezug des Ruhgeldes stand, am ersten Tag des folgenden Monats. (§ 34 Abs. 2 der Satzung)

Das Witwen- oder Witwergeld / die Hinterbliebenenrente einer/eines überlebenden eingetragenen Lebenspartnerin / Lebenspartners i. S. d. LPartG beträgt 60 % des laufenden monatlichen Ruhgeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden hätte, wenn es am Tage seines Todes berufsunfähig gewesen wäre bzw. das vorgezogene Altersruhegeld beantragt hätte (§ 36 Abs. 1 der Satzung).

War der überlebende Ehepartner / eingetragene Lebenspartner i. S. d. LPartG mehr als 15 Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, so wird das Witwen- oder Witwergeld / die Hinterbliebenenrente für jedes angefangene Jahr des Altersunterschiedes über 15 Jahre um 5 % gekürzt, jedoch höchstens um 50 %. Nach fünfjähriger Dauer der Ehe / eingetragenen Lebenspartnerschaft i. S. d. LPartG werden für jedes angefangene Jahr ihrer weiteren Dauer dem gekürzten Betrag 5 % des Witwen- oder Witwergeldes/ der Hinterbliebenenrente hinzugesetzt, bis der volle Betrag wieder erreicht ist. Diese Bestimmungen gelten nicht, wenn aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist. Hierzu zählen Adoptivkinder nicht. (§ 36 Abs. 3 der Satzung).

Versorgungsbezüge werden monatlich im Voraus ausgezahlt.

Das Versorgungswerk ist berechtigt für die Auszahlung der Versorgungsbezüge, zur Prüfung des Anspruches auf Versorgungsbezug zweckdienliche Nachweise und Erklärungen anzufordern.

Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit einer amtlich beglaubigten Kopie der Sterbeurkunde und der Heiratsurkunde an uns zurückzusenden.

Hinweis zur Steuer-Identifikationsnummer

Ihre Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt.

Die Steuer-Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von § 22 a Einkommensteuergesetz (EstG) als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Steuer-Identifikationsnummer zwingend erforderlich.



Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt

**Antrag auf Hinterbliebenenversorgung
gemäß § 34 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) vom 01.01.2010
Stand 01.01.2020**

Verstorbenes Mitglied

| | | |
|-----------------|--------------|-----------|
| Vorname, Name | | |
| Mitgliedsnummer | Geburtsdatum | Sterbetag |

Hinterbliebene/r

| | | |
|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Vorname, Name, Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort/Geburtsstaat | Staatsangehörigkeit |
| Straße | | Postleitzahl, Wohnort |
| Telefon | | Steuer-Identifikationsnummer |
| Tag der Eheschließung | | |

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragsteller/in |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| | | | |

Kontoverbindung Versorgungsbezug

Hinweis: Die Auszahlung der Versorgungsbezüge kann nur auf ein Konto erfolgen, bei dem Sie Inhaber/in oder Mitinhaber/in sind. Eine Verfügungsberechtigung genügt nicht.

| |
|--|
| Name |
| Mitgliedsnummer |
| Kontoinhaber/in |
| Anschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
| IBAN (22-Stellen) |
| BIC |
| Name des Kreditinstituts |

Ich versichere ausdrücklich Inhaber/in bzw. Mitinhaber/in des obengenannten Kontos zu sein und verpflichte mich, die Verwaltung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K. d. ö. R., Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt am Main, unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald die Inhaberschaft bzw. Mitinhaberschaft entfällt.

Aufschiebend bedingte Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich meine o. g. Bank, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, etwa überzahlte Versorgungsbezüge, die nach Eintritt des Todes ausgezahlt wurden, auf Anforderung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K.d.ö.R., zurückzuzahlen.

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
|-----|-------|-----------------|---|
| | | | |

Antrag auf Gewährung des Waisengeldes gemäß § 34 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) zum Antrag auf Hinterbliebenenversorgung

Ein Waisengeld gemäß § 34 Abs. 1 Buchstabe b) der Satzung wird gewährt für jedes minderjährige, eheliche oder für ehelich erklärte oder an Kindes statt angenommene Kind eines Mitgliedes und nichteheliche Kind eines weiblichen Mitgliedes sowie nichteheliche Kind eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist.

Als Nachweis gilt die Schul- bzw. Studienbescheinigung oder die Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über die Berufsausbildung.

a) Kinder unter 18 Jahren

| | | |
|---------------|--------------|-----------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Identifikationsnummer |

b) Waisengeld wird über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus für unverheiratete Kinder gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen bei Vollendung des 18. Lebensjahres außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, längstens bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 27. Lebensjahres.

Entsprechende Nachweise über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung sind zu führen. Als Nachweis gilt die Schul- bzw. Studienbescheinigung (mit Angabe des Faches und Semesteranzahl) oder die Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über die Berufsausbildung. Bei dauernder Erwerbsunfähigkeit ist ein ärztliches Gutachten neuesten Datums vorzulegen.

Anmerkung

Bitte fügen Sie diesem Antrag für die oben aufgeführten Kinder die Geburtsurkunden und die aktuelle Bescheinigung über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium bei. Bei volljährigen Kindern ist zusätzlich ein amtlicher Nachweis über den Familienstand beizufügen.

Nachweise sind grundsätzlich im Original oder in Form einer amtlich beglaubigten Kopie zu führen.

| | | | |
|-----|-------|-----------------|---|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
|-----|-------|-----------------|---|

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen

Gemäß §§ 202 Abs. 1 Satz 1, 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind wir als Zahlstelle dazu verpflichtet, die zuständige Krankenkasse unserer Versorgungsempfänger/innen zu ermitteln und gegebenenfalls die Beiträge an die jeweilige Krankenkasse abzuführen.

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

I. Personalien

| | |
|---|--------------|
| Name | Geburtsdatum |
| Sozialversicherungsnummer Deutsche Rentenversicherung | |

II. Erklärung zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber der

Hessischen Zahnärzte-Versorgung
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt am Main

entsprechend der mir nach § 202 Abs.1 Satz 3 SGB V obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

| | |
|--|--------------------------|
| bei folgender gesetzlichen Krankenkasse | seit/ab |
| | Name |
| | Mitgliedsnummer |
| | Sitz der Geschäftsstelle |
| bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung | |
| weder bei einer gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen | |

krankenversichert bin.

Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse füllen Sie bitte auch Seite 5 aus.

| | | | |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragssteller/in |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|

III. Erklärung zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zutreffendes bitte auswählen

| |
|---|
| Ich erhalte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. |
| Ich bin Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. |
| Ich bin freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. |
| Es werden aufgrund meiner freiwilligen Mitgliedschaft in meiner Krankenversicherung bereits Beiträge aus anderen Bezügen / Einkünfte einbehalten. |
| Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge. |

IV. Pflegeversicherung – Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 % für Kinderlose

(Hiervon ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie alle Personen, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden)

| |
|---|
| Ich habe Kinder (wenn ja, legen Sie bitte ein Kopie der Geburtsurkunde bei).. |
|---|

Zuschlagsbefreit sind nicht nur Eltern mit leiblichen Kindern, sondern auch mit Stief-, Pflege- und Adoptivkindern. Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden beitragspflichtigen Elternteilen Zuschlagsfreiheit aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos, eine Lebendgeburt schließt die Zuschlagspflicht ebenfalls dauerhaft aus.

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragssteller/in |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|
| | | | |

Fragebogen zum zwischenstaatlichen Rentenanspruchs- und Bescheidverfahren nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009

| | | |
|------|------------|---------------|
| Name | geboren am | verstorben am |
|------|------------|---------------|

1. Hat die / der Verstorbene Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte / Beamtinnen oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Polen, Rumänien, Schweden, Spanien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz und dem Vereinigten Königreich anzugeben.

| | | | |
|------|--|---------------------|--------------|
| nein | | | |
| ja | Versicherungsträger / Versorgungssystem | | Staat |
| | Ausländische Versicherungszeiten (von / bis) | Versicherungsnummer | Aktenzeichen |

2. Hat die / der Verstorbene 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?

| | | | |
|------|--------------|-----|-------|
| nein | | | |
| ja | Zeitraum von | bis | Staat |

3. Falls Sie die Ziffern 1 oder 2 mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

| | | | |
|------|--|--|-----|
| nein | | | |
| ja | Versicherungszeiten von | | bis |
| | Versicherungsträger z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund (ehem. BfA, LVA) oder Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehem. Bundesknappschaft) | | |

4. Liegen Vorversicherungszeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk vor?

| | | | |
|------|-------------------------|--|-----|
| nein | | | |
| ja | Versicherungszeiten von | | bis |
| | Name Versorgungswerk | | |

Falls Sie eine der oben genannten Fragen mit ja beantwortet haben:

Soll der beantragte Ruhegeldbeginn auch für europäische / andere o. g. Versorgungsträger gelten (dies gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung)?

ja

nein

Anmerkung

Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit einer amtlich beglaubigten Kopie der Sterbeurkunde, der Geburtsurkunde und der Heiratsurkunde an uns zurückzusenden.

Nachweise sind grundsätzlich im Original oder in Form einer amtlich beglaubigten Kopie zu führen.

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragssteller/in |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|
| | | | |