

Hessische Zahnärzte-Versorgung

Hinweis zum Antrag auf Waisengeld

Anspruch auf Waisengeld haben die Kinder eines Mitgliedes.

Als Kinder gelten die ehelichen Kinder, die für ehelich erklärten, die an Kindes statt angenommenen Kinder eines Mitgliedes, die nichtehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes und die nichtehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam geworden ist.

Der Anspruch beginnt mit dem Todestag des Mitgliedes folgenden Tag oder, falls dieses in Bezug des Ruhegeldes stand, am ersten Tag des folgenden Monats.

Das Waisengeld beträgt bei Halbweisen 30 %, bei Vollweisen 50 % des laufenden monatlichen Ruhegeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden hätte, wenn es am Tage seines Todes berufsunfähig gewesen wäre bzw. das vorgezogene Altersruhegeld beantragt hätte.

Gemäß § 34 Abs. 3 Buchstabe b) Satz 2 der Satzung wird das Waisengeld für volljährige unverheiratete Kinder gewährt, die sich in der laufenden Schul- oder Berufsausbildung bzw. im laufenden Studium befinden, den Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligengesetz oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten oder infolge von körperlichen oder geistigen Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, jedoch längstens bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 27. Lebensjahres.

Als Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ist eine Bescheinigung der Schule oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über den Ausbildungsberuf und die voraussichtliche Dauer der Ausbildung oder eine Studienbescheinigung für das aktuelle Semester vorzulegen.

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

Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit einer amtlich beglaubigten Kopie der Sterbeurkunde und der Geburtsurkunde 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

Name		
Mitgliedsnummer	Geburtsdatum	Sterbedatum

Hinterbliebene/r

Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße		Postleitzahl, Wohnort
Telefon		Steuer-Identifikationsnummer

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

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 4 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 Rentenantrags- 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
	Versorgungswerk		

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

Soll der beantragte Ruhegeldbeginn auch für europäische Versorgungsträger / andere Versorgungswerke 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

LEBENS- UND FAMILIENSTANDBESCHEINIGUNG

In die Prüfung des Versorgungswerkes durch die Wirtschaftsprüfer wird auch die Bezugsberechtigung für Versorgungsleistungen mit einbezogen.

Hierfür ist für volljährige Waisen die Vorlage eines Lebens- und Familienstandsnachweises durch eine dritte, von uns unabhängige amtliche Stelle erforderlich. Wir bitten Sie, die untenstehende Lebens- und Familienstandsbescheinigung von einer dienstsiegelführenden Behörde (Gemeinde oder Pfarramt) persönlich beglaubigen zu lassen und das gesamte Formular im Original an uns zurückzusenden.

Beglaubigungen durch Krankenkassen, Banken und Schulen werden nicht anerkannt.

Hat sich Ihre Anschrift geändert, informieren Sie uns bitte umgehend.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Hessische Zahnärzte-Versorgung

Amtliche Lebens- und Familienstandsbescheinigung

Herr/Frau		
Geburtsdatum	Familienstand	Versorgungs-Nr.
Straße		Postleitzahl, Wohnort

hat heute persönlich vorgesprochen.

Ort	Datum	Unterschrift
Dienstsiegel		