

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

ANTRAG AUF HALBWAISENRENTE

Ich stelle Antrag auf Zahlung obiger Rente ab 01.

Angaben zum Verstorbenen:

Name

Mitglieds-Nr. / Renten Nr.

geb. am

verstorben am

Angaben des Hinterbliebenen :

Name

geb. am

Geburtsname

Geburtsort

Privat - Anschrift

Privat - Telefon - Nr.

E - Mail - Adresse

Bankinstitut

Kontoinhaber

BLZ

Konto - Nr.

Familienstand ☐ ledig

☐ verheiratet seit

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit

Name des Ehepartners

Geburtsname

geb. am

Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen, entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V obliegenden Meldeverpflichtungen, dass ich wie folgt versichert bin:

☐ **gesetzliche** Krankenkasse

☐ **private** Krankenversicherung

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

Versicherungsbeginn

(Versicherungsnummer)

*) Da ich **Mitglied** einer **gesetzlichen Krankenkasse** bin, füge ich eine Bescheinigung meiner Krankenkasse über die **Art der Krankenversicherung** als krankenversicherungspflichtiges oder als krankenversicherungsfreies Mitglied bei.

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

Erklärung des Versorgungsempfängers im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner zur sozialen Pflegeversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber dem

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

☐ Ja

☐ Nein

Name _____ geboren am _____

Name _____ geboren am _____

Name _____ geboren am _____

Name _____ geboren am _____

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der

⇒ Geburtsurkunde

oder

⇒ Adoptionsurkunde

mit einzureichen.

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt/M.

Sie haben durch das Bundeszentralamt für Steuern Ihre persönliche Identifikationsnummer erhalten.

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige Identifikationsnummer ein:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bestehen noch weitere Rentenanwartschaften oder Rentenzahlungsansprüche gegenüber staatlichen Rentenversicherungsträgern?

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

☐
☐

nein
ja

vom /bis

Versicherungsträger / Versorgungssystem:

Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer/Aktenzeichen:

Staat:

2. Hat der Verstorbene / die 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

vom /bis

Mitgliedsnummer:

Staat:

3. Hat der Verstorbene / die Verstorbene auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland(z. B. Deutscher Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft bzw. andere) zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte die entsprechende Bescheinigung - Öffnungsklausel nach dem Alterseinkünftegesetz - schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung anfordern und in Kopie beifügen)**

☐
☐

nein
ja

vom /bis

Mitgliedsnummer:

Name des Rentenversicherungsträgers:

4. Hat der Verstorbene / die Verstorbene auch Zeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte den Versicherungsverlauf in Kopie beifügen)**

☐
☐

nein
ja

vom /bis

Mitgliedsnummer:

Name des Versorgungswerkes:

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)