

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

ANTRAG AUF HINTERBLIEBENENRENTE

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.

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- ☒ Sterbeurkunde
- ☒ Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde
- ☒ eigene Geburtsurkunde

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)