

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 krankenversicherungsspflichtiges 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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

