

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

ANTRAG AUF WAISENRENTE

Halbwaisenrente Vollwaisenrente

Angaben zum Verstorbenen Mitglied des Versorgungswerkes:

Name _____

Mitglieds-/Rentennummer _____

geb. am _____

verstorben am _____

Angaben des Waisen:

Name _____

geb. am _____

Geburtsname _____

Anschrift _____

Telefon - Nr. _____

E-Mail _____

Familienstand: _____

Bitte reichen Sie folgende Kopien mit dem Rentenantrag ein: Eigene Geburtsurkunde, Sterbeurkunde des Mitglieds sowie ggf. die Sterbeurkunde des zweiten verstorbenen Elternteils und bei Personen über 18. Jahren eine aktuelle Schul- oder Ausbildungsbescheinigung.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Antragstellers -
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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:

Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Mitgliedschaftsbestätigung bei.

gesetzliche Krankenkasse private Krankenversicherung

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

(Versicherungsbeginn)

(Sozialversicherungsnummer)

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

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

Ja Nein

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde mit einzureichen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort / Datum - Unterschrift des Antragstellers –
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

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

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige, elfstellige Steuer - 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bitte beachten Sie:

Das Bundeszentralamt für Steuern hat seit dem 1. August 2008 jedem in Deutschland gemeldeten Bürger schriftlich seine persönliche steuerliche Identifikationsnummer mitgeteilt. Wir benötigen die Nummer für das Rentenbezugsmittelungsverfahren. Sie sind daher verpflichtet, die Identifikationsnummer mitzuteilen. Das gilt auch, wenn Sie im Ausland leben.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort / Datum

- Unterschrift des Antragstellers –
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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 _____

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? **(Bitte den Versicherungsverlauf in Kopie beifügen)**

nein
 ja vom/bis _____

Mitgliedsnummer: _____

Name des Versorgungswerkes: _____

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort / Datum

**- Unterschrift des Antragstellers –
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten**