

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

Antrag auf Hinterbliebenenrente

Personalien meines Ehepartners /meiner Ehepartnerin bzw. meines eingetragenen Lebenspartners / meiner eingetragenen Lebenspartnerin:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sterbedatum:

Meine Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Datum der Eheschließung / Begründung der
eingetragenen Lebenspartnerschaft:

Beizufügende Unterlagen:

- eine beglaubigte Kopie Ihrer Geburtsurkunde
- eine beglaubigte Kopie Ihrer Heiratsurkunde bzw. Ihrer Lebenspartnerschaftsurkunde
- eine Ausfertigung der Sterbeurkunde Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin bzw. Ihres Lebenspartners / Ihrer Lebenspartnerin

Meine 11-stellige Steueridentifikationsnummer (bitte nicht die 10-stellige Steuernummer):

Identifikationsnummer:

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

Diese Nummer wurde Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern und Finanzen zugeteilt. Sie können diese auch Ihrem aktuellen Einkommensteuerbescheid entnehmen.



Meine Krankenkassenzugehörigkeit:

Das beigefügte „Informationsblatt zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“ bitten wir zu beachten!

Ich bin:

- privat kranken- und pflegeversichert bei _____
(Name der Krankenversicherung)
- nicht kranken- und pflegeversichert

- gesetzlich kranken- und pflegeversichert

Name Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Rentenversicherungsnummer
bei der DRV: _____

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:

- ja nein

Ich habe leibliche Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder?

Hinweis: Falls ja, haben Sie einen geringeren Beitrag zur Pflegeversicherung zu zahlen.

- ja nein

Beizufügende Unterlagen (nur für gesetzlich Versicherte):

- eine einfache Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

Mein Ehepartner / meine Ehepartnerin bzw. mein Lebenspartner / meine Lebenspartnerin hat Kinder, welche das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich derzeit noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Kontaktdaten an:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer (falls bekannt):

E-Mail (falls bekannt):

Name:

Anschrift:

Telefonnummer (falls bekannt):

E-Mail (falls bekannt):

Name:

Anschrift:

Telefonnummer (falls bekannt):

E-Mail (falls bekannt):

Hinweise:

Mit dieser Anfrage wollen wir sicherstellen, sämtliche anspruchsberechtigte Hinterbliebene zu kontaktieren. Bitte benennen Sie an dieser Stelle daher auch Ihnen bekannte Kinder, welche nicht aus Ihrer Ehe oder Lebenspartnerschaft mit dem verstorbenen Mitglied unseres Versorgungswerkes stammen.

Sofern Ihren leiblichen Kindern bereits ein Waisengeldantrag zugesandt wurde, erübrigt sich an dieser Stelle die Kontaktangabe für diese Kinder.

Abschlussklärung:

Ich erkläre, dass die Ehe bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft mit dem Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes bestanden hat und nicht geschieden bzw. durch gerichtliche Entscheidung aufgehoben war.

Gleichzeitig versichere die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag. Sofern sich Änderungen ergeben, teile ich diese umgehend mit.

Ort / Datum

Unterschrift

Haben Sie an alles gedacht? Unsere Checkliste hilft Ihnen bei der Überprüfung.

Checkliste

erforderliche Unterlagen für die Hinterbliebenenrente:

- eine beglaubigte Kopie Ihrer Geburtsurkunde
- eine beglaubigte Kopie Ihrer Heiratsurkunde bzw. Ihrer Lebenspartnerschaftsurkunde
- eine Ausfertigung der Sterbeurkunde Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin bzw. Ihres Lebenspartners / Ihrer Lebenspartnerin

erforderliche Unterlagen, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind:

- eine einfache Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

ergänzende Unterlagen:

- postmortale Vollmacht zur Erstattung von Rentenansprüchen

Anlage 1

Mitglieds-Nr.:

Vollmacht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die von dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach meinem Tod ohne Rechtsgrund auf mein Konto überwiesen wurden, an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zurückzuzahlen.

Ort / Datum

Unterschrift