Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg

Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg, Telefon: 040 / 22 71 96 - 0

Antrag auf Witwen-/Witwerrente

Mitglieds-Nr. der/s Verstorbenen: _____

1) Personalien des verstorbenen Mitglieds

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Sterbedatum: _____ Sterbegrund: _____

2) Personalien der Witwe oder des Witwers

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsname:_____

Geburtsdatum: _____ Tag der Eheschließung:_____

(bitte Heiratsurkunde in einfacher Kopie und Lebensbescheinigung beifügen)

Anschrift:_____

Telefon/ email: _____

3.) Steuer-Identifikationsnummer der Witwe/ desWitwers

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

4.) Bestand die Ehe zum Zeitpunkt des Todes? **[ ] ja** **[ ] nein**

5.) Gibt es frühere Ehegatten des Verstorbenen, aus einer Ehe mit dem Mitglied, die vor dem 01.07.1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde?

[ ] ja **[ ] nein**

Wenn ja, Name und Anschrift _____

Bestand zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes eine Verpflichtung, an frühere Ehegatten Unterhalt zu leisten?

[ ] ja **[ ] nein**

(Wenn ja, bitte wenn möglich Nachweise beifügen z.B. Scheidungsurteil, Vertrag, Bankbelege.)

6.) Kranken- und Pflegeversicherung der Witwe / des Witwers

Welcher **gesetzlichen Krankenkasse- oder privaten Krankenversicherung** gehören Sie an?

Name : _____

Anschrift:_____

Mitgliedsnummer:_____ [ ] pflichtversichert [ ] freiwillig versichert

Sind Sie **Beihilfe-/ Heilfürsorgeberechtigte(r)** nach beamtenrechtlichen Grundsätzen?

[ ] ja [ ] nein

Erhalten Sie – außer der Rente des Versorgungswerkes – eine **zusätzliche Rente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung ehemals BfA, LVA etc.)?

[ ] ja [ ] nein

Haben oder hatten Sie leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder?

[ ] ja [ ] nein

Wenn ja, bitte Nachweise beifügen, dies ist <u>nicht</u> erforderlich bei <u>privater Krankversicherung.</u>

7.) Bankverbindung für die Auszahlung der Witwen-/Witwerrente

IBAN:	**D**	**E**																						

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____
(nur wenn der Kontoinhaber nicht das Mitglied ist)

Hinweis für alle Bankverbindungen: Auslandsüberweisungen sind möglich. Die zusätzlichen Bankkosten trägt der Auslandsempfänger**.**

8.)
Rentenversicherungsnummer der Witwe/ des Witwers bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (vormals BfA, stets 12stellig)

I____I____I____I____I____I____I____I____I____I____I____I____I____I

<u>(Beispiel 12261055R578)</u>

9.)

Ich erteile dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg die folgende Vollmacht für den Rentenbezug:

Mir ist bekannt, dass nach dem Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg (§ 12 Abs. 7 VSt) der Anspruch auf die Witwenrente mit Ablauf des Sterbemonats erlischt.

Ich bevollmächtigte daher das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg gegebenenfalls nach meinem Tod überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

_____ _____

Ort/Datum **Unterschrift für die Rückrufvollmacht**

10.) Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Sterbeurkunde des Mitgliedes
- Heiratsurkunde
- Ihre Lebensbescheinigung

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Änderungen werde ich schriftlich mitteilen.

_____

Datum und Unterschrift für den Rentenantrag

Alle Renten unterliegen seit 2005 grundsätzlich der Steuerpflicht.

Ihr Witwer-/ Witwenrentenbezug muss von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet werden.