

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
 Lyoner Str. 21  
 60528 Frankfurt am Main

**Antrag auf Altersruhegeld / vorgezogenes Altersruhegeld / Hinausschieben des Altersruhegeldes gemäß § 27 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) vom 01.01.2010, Stand 01.01.2023**

**Zutreffendes bitte auswählen**

Altersruhegeld gemäß § 27 Abs. 1 der Satzung ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.	
Vorgezogenes Altersruhegeld gemäß § 27 Abs. 2 der Satzung ab	Datum
Aufschub des Altersruhegeldes gemäß § 27 Abs. 3 der Satzung. <small>(Hierzu ist die Rücksendung dieser Seite des Antrages ausreichend.)</small>	
Der Aufschub gilt längstens bis zur Vollendung des 72. Lebensjahres. Er kann jederzeit schriftlich zum Ablauf eines Monats beendet werden.	
Für selbständige oder nicht zahnärztlich tätige Mitglieder:	
mit freiwilliger Beitragszahlung <small>(Hierzu ergänzend bitte die letzte Seite dieses Antrages (SEPA Mandat) mitsenden.)</small>	
maximaler frw. Beitrag (§ 19 der Satzung)	monatlich Euro
ohne Beitragszahlung	
<b>Für die/den angestellte/n Zahnärztin/Zahnarzt besteht bei Aufschub weiterhin Beitragspflicht.</b>	

**Persönliche Angaben:**

Vorname Name		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße		Postleitzahl, Wohnort
Telefon		Steuer-Identifikationsnummer
Familienstand		Tag der Eheschließung
Name Ehepartner/in / Geburtsname Ehepartner/in		Geburtsdatum Ehepartner/in
Anschrift Ehepartner/in (nur erforderlich bei abweichender Anschrift)		

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------

## Kontoverbindung Versorgungsbezug

**Hinweis:** Die Auszahlung der Versorgungsbezüge kann nur auf ein Konto erfolgen, bei dem Sie Inhaber/in oder Mitinhaber/in sind. Eine Verfügungsberechtigung genügt nicht.

Vorname Name
Mitgliedsnummer
Kontoinhaber/in
Anschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
IBAN (22 Stellen)
BIC (optional)
Name des Kreditinstituts

Ich versichere ausdrücklich Inhaber/in bzw. Mitinhaber/in des oben genannten Kontos zu sein und verpflichte mich, die Verwaltung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K. d. ö. R., Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt am Main, unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald die Inhaberschaft bzw. Mitinhaberschaft entfällt.

### Aufschiebend bedingte Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich meine o. g. Bank, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, etwa überzahlte Versorgungsbezüge, die nach Eintritt des Todes ausgezahlt wurden, auf Anforderung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K. d. ö. R., zurückzuzahlen.

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

## **Antrag auf Gewährung des Kinderzuschlages nach § 33 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (nur für Mitglieder der HZV)**

Zum Ruhegeld wird für jedes minderjährige Kind sowie für jedes volljährige Kind eines Mitgliedes ein Kinderzuschlag gemäß § 33 der Satzung gewährt, soweit es sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder aufgrund von körperlichen oder geistigen Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Der Kinderzuschlag wird längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt und beträgt zurzeit monatlich EUR 30,00.

Als Nachweis gilt die Schul- bzw. Studienbescheinigung oder die Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über die Berufsausbildung.

Zu berücksichtigende Kinder:

Vorname Name	Geburtsdatum
Vorname Name	Geburtsdatum
Vorname Name	Geburtsdatum
Vorname Name	Geburtsdatum
Vorname Name	Geburtsdatum
Vorname Name	Geburtsdatum

### **Anmerkung**

Bitte fügen Sie diesem Antrag für die oben aufgeführten Kinder die Geburtsurkunde und die aktuelle Bescheinigung über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium bei.

**Nachweise sind grundsätzlich im Original oder in Form einer amtlich beglaubigten Kopie zu führen.**

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------

**Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen**

Gemäß §§ 202 Abs. 1 Satz 1, 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind wir als Zahlstelle dazu verpflichtet, die zuständige Krankenkasse unserer Versorgungsempfänger/innen zu ermitteln und gegebenenfalls die Beiträge an die jeweilige Krankenversicherung abzuführen.

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

**I. Personalien**

Vorname Name	Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer (Deutsche Rentenversicherung Bund)	

**II. Erklärung zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung**

Hiermit erkläre ich gegenüber der

Hessischen Zahnärzte-Versorgung  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt am Main

entsprechend der mir nach § 202 Abs.1 Satz 3 SGB V obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

bei folgender gesetzlichen Krankenversicherung	seit/ab
	Name
	Mitgliedsnummer
	Sitz der Geschäftsstelle
bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung	
weder bei einer gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen	

krankenversichert bin.

**Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung füllen Sie bitte auch Seite 5 aus.**

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------

### III. Erklärung zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

#### Zutreffendes bitte auswählen

Ich erhalte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
Ich bin Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung.
Ich bin freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung.
Es werden aufgrund meiner freiwilligen Mitgliedschaft in meiner Krankenversicherung bereits Beiträge aus anderen Bezügen / Einkünften einbehalten.
Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

#### IV. Pflegeversicherung - Beitragszuschlag für Kinderlose

(Hiervon ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie alle Personen, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden.)

Ich habe Kinder. (Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie der Geburtsurkunde bei.)
--

Zuschlagsbefreit sind nicht nur Eltern mit leiblichen Kindern, sondern auch mit Stief-, Pflege- und Adoptivkindern. Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden beitragspflichtigen Elternteilen Zuschlagsfreiheit aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos, eine Lebendgeburt schließt die Zuschlagspflicht ebenfalls dauerhaft aus.

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in

## Fragebogen zum zwischenstaatlichen Rentenanspruchs- und Bescheidverfahren nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009

Vorname Name	Mitgliedsnummer	Geburtsdatum
--------------	-----------------	--------------

1. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte / Beamtinnen oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Polen, Rumänien, Schweden, Spanien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich anzugeben.

nein			
ja	Versicherungsträger / Versorgungssystem		Staat
	Ausländische Versicherungszeiten (von / bis)	Versicherungsnummer	Aktenzeichen

2. Haben Sie 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	Zeitraum von	bis	Staat

3. Falls Sie die Ziffern 1 oder 2 mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

nein			
ja	Versicherungszeiten von		bis
	Versicherungsträger z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund (ehem. BfA, LVA) oder Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehem. Bundesknappschaft)		

4. Liegen Vorversicherungszeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk vor?

nein			
ja	Versicherungszeiten von		bis
	Name des Versorgungswerks		

**Falls Sie eine der vorgenannten Fragen mit ja beantwortet haben:**

Soll der beantragte Ruhegeldbeginn auch für europäische Versorgungsträger / andere Versorgungswerke (dies gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung) gelten?

ja

nein

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in

**Zurück an:**

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt

---

**Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren**

für Beiträge während des Hinausschiebens des Altersruhegeldes

Ich ermächtige die Hessische Zahnärzte-Versorgung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers Hessische Zahnärzte-Versorgung, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt	Gläubiger-Identifikationsnummer DE42ZZZ00000531064
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
IBAN (22 Stellen)	
BIC (11 Stellen)	
Name des Kreditinstituts	

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers