

## Hinweis zum Antrag auf Waisengeld

---

Anspruch auf Waisengeld haben auf Antrag die Kinder eines Mitgliedes.

Als Kinder gelten die ehelichen Kinder, die für ehelich erklärten, die an Kindes statt angenommenen Kinder eines Mitgliedes, die nichtehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes und die nichtehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt geworden ist.

Der Anspruch beginnt mit dem auf den Todestag des Mitgliedes folgenden Tag oder, falls dieses in Bezug des Ruhegeldes stand, am ersten Tag des folgenden Monats, für nachgeborene Waisen am tag der Geburt.

Das Waisengeld beträgt bei Halbweisen 30 %, bei Vollweisen 50 % des laufenden monatlichen Ruhegeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden hätte, wenn es am Tage seines Todes berufsunfähig gewesen wäre bzw. das vorgezogene Altersruhgeld beantragt hätte.

Gemäß § 34 Abs. 3 Buchstabe b) Satz 2 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung wird das Waisengeld für volljährige unverheiratete Kinder gewährt, die sich in der laufenden Schul- oder Berufsausbildung bzw. im laufenden Studium befinden, den Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligengesetz oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten oder infolge von körperlichen oder geistigen Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, jedoch längstens bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 27. Lebensjahres.

Als Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ist eine Bescheinigung der Schule oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über den Ausbildungsberuf und die voraussichtliche Dauer der Ausbildung oder eine Studienbescheinigung für das aktuelle Semester vorzulegen.

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

Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit einer amtlich beglaubigten Kopie der Sterbeurkunde und der Geburtsurkunde an uns zurückzusenden.

### Hinweis zur Steuer-Identifikationsnummer

Ihre Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt.

Die Steuer-Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von § 22 a Einkommensteuergesetz (EstG) als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Steuer-Identifikationsnummer zwingend erforderlich.



**Zurück an:**

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
Rhonstr. 4  
60528 Frankfurt am Main

---

**Antrag auf Hinterbliebenenversorgung  
gemäß § 34 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) vom 01.01.2010  
Stand 01.01.2024**

**Verstorbenes Mitglied**

Vorname Name		
Mitgliedsnummer	Geburtsdatum	Sterbedatum

**Hinterbliebene/r**

Vorname Name (Geburtsname)		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße		Postleitzahl, Wohnort
Telefon		Steuer-Identifikationsnummer

---

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
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., Rhonestraße 4, 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

---

## 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 Krankenversicherung unserer Versorgungsempfänger/innen zu ermitteln und gegebenenfalls die Beiträge an die jeweilige Krankenkasse abzuführen.

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

### I. Personalien

Vorname Name	Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer Deutsche Rentenversicherung	

### II. Erklärung zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber der

Hessischen Zahnärzte-Versorgung  
Rhonestraße 4  
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 Kranken-versicherungsunternehmen	

krankenversichert bin.

**Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung füllen Sie bitte auch Seite 4 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.

Seit 01.07.2023 zahlen Eltern mit mehreren Kindern geringere Beiträge für die Pflegeversicherung. Versicherte mit mehreren Kindern werden ab dem 2. Kind bis zum 5. Kind entlastet. Der Abschlag gilt bis zum Ende des Monats, in dem das Kind jeweils sein 25. Lebensjahr vollendet hat. Danach entfällt der Abschlag für diese Kinder.

Die **Elterneigenschaft** sowie die **Anzahl der Kinder unter 25 Jahren** müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern dieser die Angaben nicht bereits bekannt sind (vgl. § 55 Abs. 3a SGB XI). In dem Zeitraum vom **01.07.2023 bis zum 30.06.2025** (Übergangszeitraum) gilt der Nachweis auch dann als erbracht, wenn Sie auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilen. Auf die Prüfung konkreter Nachweise kann in diesem Fall verzichtet werden.

**Zu berücksichtigende Kinder unter 25:**

Vorname Name	Geburtsdatum

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

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

Vorname Name	geboren am	verstorben am
--------------	------------	---------------

1. Hat die / der Verstorbene 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 und dem Vereinigten Königreich anzugeben.

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

2. Hat die / der 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	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
	Versorgungswerk		

**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

## LEBENS- UND FAMILIENSTANDBESCHEINIGUNG

In die Prüfung des Versorgungswerkes durch die Wirtschaftsprüfer wird auch die Bezugsberechtigung für Versorgungsleistungen mit einbezogen.

Hierfür ist für volljährige Waisen die Vorlage eines Lebens- und Familienstandsnachweises durch eine dritte, von uns unabhängige amtliche Stelle erforderlich. Wir bitten Sie, die untenstehende Lebens- und Familienstandsbescheinigung von einer dienstsigelführenden Behörde (Gemeinde oder Pfarramt) persönlich beglaubigen zu lassen und das gesamte Formular im Original an uns zurückzusenden.

**Beglaubigungen durch Krankenkassen, Banken und Schulen werden nicht anerkannt.**

Hat sich Ihre Anschrift geändert, informieren Sie uns bitte umgehend.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
Hessische Zahnärzte-Versorgung

### Amtliche Lebens- und Familienstandsbescheinigung

Herr/Frau		
Geburtsdatum	Familienstand	Versorgungs-Nr.
Straße		Postleitzahl, Wohnort

**hat heute persönlich vorgesprochen.**

---

Ort	Datum	Unterschrift
Dienstsiegel		