

An das

Versorgungswerk  
der Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Barbarosahof 16  
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

## ANTRAG AUF HINTERBLIEBENENVERSORGUNG

Ich stelle Antrag auf Hinterbliebenenversorgung gemäß § 36 und § 38 der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen

**Name des verstorbenen  
Mitgliedes:**

\_\_\_\_\_

**Vorname:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**

**Sterbetag:**

\_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Name, Geburtsname:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

Familienstand:

\_\_\_\_\_

Geburtsort:

\_\_\_\_\_

**Persönliche  
Identifikationsnummer:**

\_\_\_\_\_

**SV-Nummer:**

(siehe Rentenbescheid, Lohnabrechnung  
oder Sozialversicherungsausweis)

\_\_\_\_\_

## **Kontoverbindung**

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### **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 dem Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Thüringen K.d.ö.R. zurückzuzahlen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

Anlage: Fragebogen zur Krankenversicherung der Rentner

### **Anmerkung**

Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie Ihrer Heiratsurkunde sowie eine Kopie der Sterbeurkunde bei. Sofern Sie uns Originale einsenden, werden wir Ihnen diese selbstverständlich zurücksenden.

### **Hinweis zur persönlichen Identifikationsnummer**

Ihre persönliche Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt und ersetzt die bisherige Steuernummer.

Die Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen des Alterseinkünftegesetzes als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

**Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Identifikationsnummer zwingend erforderlich.**

## **Antrag auf Waisengeld**

Ein Waisengeld gemäß § 36 Abs. 1 Buchstabe b der Satzung wird gewährt, für jedes minderjährige, eheliche oder für ehelich erklärte oder an Kindes Statt angenommene Kind eines Mitgliedes und nichteheliche männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam gestellt worden ist.

### ***Kinder unter 18 Jahren***

Name / Vorname

Geburtsdatum

---

---

---

---

---

---

### **Kinder über 18 Jahren**

Gemäß § 36 Abs. 3 Buchstabe b der Satzung kann Waisengeld über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus für die Kinder gewährt werden, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder den Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen bei Vollendung des 18. Lebensjahres außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

**Bitte fordern Sie hierzu einen gesonderten Antrag an.**

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

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

Name / Vorname

Geburtsdatum

1. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte 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, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

NEIN

JA

Zeitraum (von / bis)

Staat

--	--

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

NEIN

JA

Versicherungszeiten (von / bis)

--

Versicherungsträger, z. B. Deutsche Rentenversicherung (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 Versorgungswerkes

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

Soll der beantragte Ruhegeldbeginn auch für o. g. europäische Versorgungsträger / andere Versorgungswerke, (dies gilt NICHT für die Deutsche Rentenversicherung) gelten?

**JA**

**NEIN**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller