

An das

Versorgungswerk
der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Barbarosahof 16
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: _____

ANTRAG AUF WAISENGELD

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)

Waisengeld wird über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus, für die Kinder gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen bei Vollendung des 18. Lebensjahres außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Entsprechende Nachweise über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung sind zu führen (Studienbescheinigungen mit Angabe des Faches). Bei dauernder Erwerbsunfähigkeit ist ein ärztliches Gutachten neuesten Datums vorzulegen.

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 Geburtsurkunde 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.

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