

Antrag auf Hinterbliebenenrente gem. § 21 der Satzung
Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg

An das:

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte

Esplanade 39

20354 Hamburg

**Mitgliedsnummer
des Verstorbenen:** _____

() Ich beantrage die Witwen-/Witwerrente.

() Ich beantrage die Halbwaisenrente.

() Ich beantrage die Vollwaisenrente.

() Ich beantrage Sterbegeld.

(Für jeden Hinterbliebenen muss ein gesonderter Antrag gestellt werden!)

1. Angaben zur verstorbenen Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Sterbedatum: _____

2. Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der Waise

Name, Vorname: _____

Telefon (Privat): _____ Telefon (Mobil): _____

Email: _____

Anschrift
für Postversand: _____

3. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig; bitte nicht die alte Steuernummer!)

Steuer-ID											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Versorgungswerk ist nach § 22 a des Einkommensteuergesetzes (EStG) verpflichtet, der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) Leistungen zu melden, die einem Leistungsempfänger zugeflossen sind. Hierfür benötigen wir Ihre steuerliche Identifikationsnummer.

4. Bankverbindung für zukünftige Rentenzahlung

Kontoinhaber _____

Geldinstitut
(Name u. Ort) _____

IBAN																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Das Versorgungswerk ist nach § 202 SGB V verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Bitte ankreuzen:

- Ich bin in einer **gesetzlichen Krankenkasse** pflichtversichert.
- Ich bin in einer **gesetzlichen Krankenkasse** freiwillig versichert (Selbstzahler).
- Ich bin in einer **privaten Krankenversicherung** versichert.

Name der Kasse / der Versicherung:

Adresse der Kasse / der Versicherung:

Versicherten Nr. bei Ihrer Krankenkasse: _____

Telefonnummer / Ansprechpartner: _____

Bankverbindung der Krankenkasse für die fälligen Pflichtbeiträge:

IBAN																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC														
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

weitere Fragen müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten:

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

() Ja () Nein

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

() Ja () Nein

Wenn ja:

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

Abklärung des **Beitragszuschlages für Kinderlose** in der gesetzlichen Pflegeversicherung:

Haben Sie leibliche Kinder, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?

(sind Kinder vorhanden, gilt die gesetzliche Zuschlagsbefreiung von der Pflegeversicherung für Mitglieder gesetzlicher Kassen)

Ja (bitte für jedes Kind die **Geburtsurkunden** in Kopie beifügen)

Nein

6. Rentenversicherungsnummer bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (12stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Beispiel 12 261055 R 578)

Erklärung des Antragstellers:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben im Rentenantragsformular nach bestem Wissen gemacht habe. Ergeben sich im Nachhinein Änderungen zu diesem Antrag, **insbesondere zur Krankenversicherung, werde ich diese dem Versorgungswerk unverzüglich mitteilen.**

Eine Kopie der Sterbeurkunde mit Heiratsvermerk bzw. eine Kopie der Sterbeurkunde und meiner Geburtsurkunde füge ich bei.

Ort

Datum

Unterschrift (ggf. vom Bevollmächtigten)

Alle Renten unterliegen seit 2005 grundsätzlich der Steuerpflicht.

Ihr Rentenbezug wird von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet.

Anlagen zum Antrag auf Witwen-/Witwerrente gem. § 22 der Satzung

Folgende Unterlagen sind beigefügt:
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

- Kopie Sterbeurkunde des verstorbenen Ehepartners / des verstorbenen Mitgliedes
- Kopie Heiratsurkunde (sofern kein Vermerk auf der Sterbeurkunde)
- Kopie Bescheinigung über eingetragene Lebenspartnerschaft
- Kopie Personalausweis
- Vollmacht zum Hinterbliebenenrentenbezug

Anlagen zum Antrag auf Waisenrente gem. § 23 der Satzung

Folgende Unterlagen sind beigefügt:
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

- Kopie Sterbeurkunde des verstorbenen Mitgliedes
- Kopie Geburtsurkunden des Kindes / der Kinder
- Vollmacht zum Hinterbliebenenrentenbezug

bei Waisen, die über 18. Jahre alt sind

- Schulbescheinigung / Ausbildungsnachweis / Studienbescheinigung

Anlagen zum Antrag auf Sterbegeld gem. § 26 der Satzung

Folgende Unterlagen sind beigefügt:
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

- Kopie Sterbeurkunde des verstorbenen Mitgliedes
- Nachweis des Beerdigungsinstituts über die Bestattungskosten

Vollmacht zum Hinterbliebenenrentenbezug

Titel, Name, Vorname des Rentenempfängers

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Hinterbliebenenrente satzungsgemäß bis zum Wegfall der Voraussetzungen besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte

in der Freien und Hansestadt Hamburg

Esplanade 39

20354 Hamburg

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Ort

Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**