

# Antrag auf Witwen-/Witwergeld



An die  
Versorgungseinrichtung der  
Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Postfach 11 06  
  
23781 Bad Segeberg

Mitgl.-Nr.:

## ➤ Auf Grund des Todes meines Ehegatten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

verstorben am:

beantrage ich, mir gemäß § 24 der Satzung das Witwen- (Witwer-)geld zuzubilligen. Gleichzeitig erkläre ich, dass die Ehe mit dem Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes bestanden hat bzw. die eheliche Gemeinschaft durch gerichtliche Entscheidung nicht aufgehoben war.

Hinweis auf § 29 der Satzung (Regelung der Zahlungen):

- (1) Ruhegelder, Kinderzuschüsse, Witwen- (Witwer-) und Waisengelder werden monatlich im voraus gezahlt.
- (2) Die Zahlung wird erstmalig in dem Kalendermonat fällig, der dem Eintritt des Versorgungsfalles folgt.
- (3) Für einen Zeitraum, der länger als 3 Monate vor dem Zeitpunkt liegt, an dem der Anspruch geltend gemacht wurde, werden keine Zahlungen mehr geleistet.
- (4) Die Zahlung an Berechtigte, die im Ausland wohnen, erfolgt nur an Zahlstellen, die im Währungsgebiet liegen.

## ➤ Personalien des Antragstellers:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Geburtsort:

Datum der Eheschließung:

Telefon-Nr. für Rückfragen:

## ➤ Einkommensteuerrechtliche Angaben:

Identifikationsnummer

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

**➤ Krankenkassenzugehörigkeit des Antragstellers:**

Das beigefügte „Merkblatt zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“ bitten wir zu beachten!

Sind Sie gesetzlich krankenversichert?

Nein, ich bin ausschließlich privat kranken- bzw. pflegeversichert

Name der privaten Krankenversicherung: .....

Nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Ja, bei

Krankenkasse:

Anschrift: .....

Vers.-Nr. der Krankenkasse: .....

Rentenversicherungs-Nr.: .....

Erhalten Sie – außer dem Witwen-/Witwergeld unserer Versorgungseinrichtung – noch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja, seit ..... von .....

Nein

ist bzw. wird beantragt zum .....

Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

Ja

Nein

Abklärung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung:  
Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

Ja (bitte Geburtsurkunde beifügen)

Nein

➤ **Halbwaisengeld:**

Das beigefügte „Merkblatt zum Halbwaisengeld“ bitten wir zu beachten!

Ich bitte um Berücksichtigung des Halbwaisengeldes für die nachfolgend aufgeführten Kinder (eheliche Kinder, für ehelich erklärte Kinder oder an Kindes statt angenommene Kinder - Nachweis des Zeitpunktes der Willenserklärung darüber ist erforderlich.

(Gilt für Kinder über 18 Jahre nur, sofern sie sich in der Berufsausbildung befinden und das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande waren, sich selbst zu unterhalten. Nachweis ist erforderlich, z. B. durch Lehrvertrag, Bescheinigung der Schule, Immatrikulationsbescheinigung, ärztliches Attest.)

➤ **Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:**

a) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

b) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

c) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

➤ **Kinder über 18 Jahre:**

a) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_  
Anschritt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

b) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_  
Anschritt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u.a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

c) Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
in Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ vorauss. Ende d. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_  
Anschritt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

*Erläuterung: Gemäß dem durch das Alterseinkünftegesetz neu eingeführten § 22 a EStG ist die Versorgungseinrichtung zur Erhebung der Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung (= Steuernummer) verpflichtet. Diese können Sie u. a. Ihrem aktuellem Einkommenssteuerbescheid entnehmen.*

**weitere Kinder ggf. auf gesondertem Blatt angeben**

**› Entrichtung von Beiträgen in der gesetzlichen Rentenversicherung und/oder in anderen Staaten der EU**

**a) Hat das verstorbene Mitglied auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?**

nein  ja vom: ..... bis: .....

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung): .....

**Hinweis: hier ist ggf. ein gesonderter Antrag von Ihnen direkt beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen!**

**b) Hat das verstorbene Mitglied Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat der EU<sup>1</sup> bzw. in der EWR<sup>1</sup> oder zu einer anderen deutschen berufsständischen Versorgungseinrichtung entrichtet?**

<sup>1</sup> Zu den Ländern der EU<sup>1</sup> gehören Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Zum EWR gehören Island, Liechtenstein und Norwegen.

nein  ja, und zwar:

von	bis	Staat oder Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

**c) Ich bin damit einverstanden, dass sich die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit den weiteren eventuell beteiligten Versorgungsträgern (siehe b) in Verbindung setzt um**

- die Einleitung des Rentenverfahrens beim hiesigen Versorgungswerk mitzuteilen,
- die bestehenden Versicherungszeiten abzuklären und
- die für die Berechnung der Rente notwendigen Informationen zu erhalten.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von der Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z. B. Datenschutz).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Hinweis: Sollten auch zu anderen Versorgungseinrichtungen Beiträge entrichtet worden sein, sind auch bei diesen Versorgungseinrichtungen Anträge zu stellen.



➤ **Erklärung der Witwe / des Witwers:**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Sollten sich zu den dargestellten Angaben irgendwelche Veränderungen ergeben, so werde ich die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein unverzüglich benachrichtigen.

Ort:

Datum:

.....  
Unterschrift:

.....

➤ Bitte fügen Sie Ihrem Antrag **folgende Unterlagen** bei:  
(Fotokopien von Urkunden bitte beglaubigen lassen)

- a) Sterbeurkunde,
- b) Heiratsurkunde,
- c) eigene Geburtsurkunde,
- d) Geburtsurkunde eines jeden Kindes, für das Halbwaisengeld beantragt wird,
- e) Lebensbescheinigung eines jeden Kindes, für das Halbwaisengeld beantragt wird,
- f) Ausbildungsbescheinigung eines jeden Kindes, das das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat und für das Halbwaisengeld beantragt wird.



## Merkblatt für Versorgungsempfänger

### Rentenbezugsmitteilungen an die zentrale Stelle für Altersvermögen

Bitte beachten Sie, dass die Versorgungseinrichtung für die Zeit ab 1. Januar 2005 gesetzlich verpflichtet ist, der zentralen Stelle für Altersvermögen auf elektronischem Wege Mitteilungen über die Leistungsempfänger und die von diesen bezogenen Leistungen zu machen (**Rentenbezugsmitteilung**). Es ist davon auszugehen, dass ein Datenabgleich über diese Mitteilungen mit den Finanzbehörden erfolgt, um sicherzustellen, dass alle steuerpflichtigen Leistungen auch tatsächlich erfasst werden.

Gemäß § 22 a EStG müssen folgende Daten gemeldet werden:

- Identifikationsnummer
- Familienname, Vorname
- Geburtsdaten
- Beträge der Renten
- Beginn, Ende und gegebenenfalls Laufzeit des Leistungsbezuges
- Bezeichnung und Anschrift der Versorgungseinrichtung

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass uns dieses Meldeverfahren vom Gesetzgeber vorgegeben ist und nicht der Disposition des Versorgungswerkes unterliegt.





## Merkblatt zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

### 1. Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen

Die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist in ihrer Eigenschaft als Zahlstelle verpflichtet, bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende des Versorgungsbezuges unverzüglich mitzuteilen (§ 202 SGB V).

Die Krankenkasse hat dann zu prüfen, ob die von uns gezahlten Versorgungsbezüge der Beitragspflicht der gesetzlichen Krankenkasse und der gesetzlichen Pflegekasse unterliegen.

Wir bitten Sie deshalb, vollständige Angaben hierzu im Antrag unter „► **Krankenkassenzugehörigkeit**“ zu machen. **Sollte sich zukünftig eine Änderung ergeben, bitten wir Sie, uns diese unverzüglich mitzuteilen.**

Sollten Sie Mitglied einer privaten Krankenversicherung sein bzw. über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, wollen Sie bitte das hierfür vorgesehene Kästchen ankreuzen.

### 2. Pflegeversicherung Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 3. April 2001 entschieden, dass die beitragsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung, nach denen Eltern und Kinderlose gleichermaßen mit dem bundeseinheitlichen Beitragssatz belastet werden, mit dem Grundgesetz unvereinbar seien. Vor diesem Hintergrund soll das so genannte Kinderberücksichtigungsgesetz dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts gerecht werden und Eltern, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, begünstigen; und zwar in der Weise, dass ab 1. Januar 2005 für Kinderlose ein Beitragszuschlag eingeführt wird. Der Beitragssatz für Kinderlose erhöht sich um 0,25 Prozentpunkte. Zuschlagsbefreit sind allerdings Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder Personen, die vor dem 1.1.1940 geboren sind.

Der Beitragszuschlag ist nicht zu zahlen von Eltern, Stiefeltern, Pflegeeltern und Adoptiveltern, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen ist. Dabei löst bereits ein einzelnes Kind bei beiden Elternteilen eine "Befreiung" aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos. Eine Lebendgeburt ist ausreichend, um den Beitragszuschlag dauerhaft auszuschließen.

Wer nicht nachweist, dass er ein Kind hat, gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem der Nachweis erbracht wird, als kinderlos und muss den Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung zahlen.

Als geeignete Nachweise kommen in Betracht: Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Geburtenbuch des Standesamtes, Vaterschaftsanerkennungsurkunde, Adoptionsurkunde.



## Merkblatt zum Halbweisengeld

Als Kinder gelten gemäß § 24 Abs. 4 der Satzung:

- a) eheliche Kinder
- b) für ehelich erklärte Kinder
- c) an Kindes statt angenommene Kinder, falls die Willenserklärung darüber mindestens drei Jahre vor Eintritt des Versorgungsfalles erfolgt war
- d) nicht eheliche Kinder eines Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist.

Halbweisengeld wird bedingungslos bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus kann das Halbweisengeld längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt werden, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet.

Zeiten der Ableistung des Wehrdienstes, des Zivildienstes, des Dienstes im zivilen Bevölkerungsschutz oder des Bundesfreiwilligendienstes sind *nicht bezuschungsfähig*. Gleiches gilt für die Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des Wehrdienstes, des Zivildienstes, des Dienstes im zivilen Bevölkerungsschutz oder des Bundesfreiwilligendienstes verzögert, so wird das Halbweisengeld für den entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Pflichtdienst geleistet worden ist.

Halbweisengeld wird auch für dasjenige Kind gewährt, das bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die entsprechende Leistung wird gewährt, solange dieser Zustand anhält, jedoch nicht über das 27. Lebensjahr hinaus.

Halbweisengeld wird *nicht* gezahlt, wenn sich das Kind in der Ausbildung befindet und die monatlichen Brutto-Bezüge aus diesem Ausbildungsverhältnis die in der Versorgungssatzung festgeschriebene Grenze von zur Zeit € 667,00 monatlich überschreiten.

Der Anspruch auf Halbweisengeld endet spätestens mit dem Ende des Schuljahres bzw. bei Kindern in betrieblicher Ausbildung oder im Studium mit dem Monat, in dem das Kind vom Gesamtergebnis der Abschlussprüfung offiziell schriftlich unterrichtet worden ist, auch wenn der Ausbildungsvertrag für längere Zeit abgeschlossen war oder das Kind nach der Abschlussprüfung an der (Fach-)Hochschule / Universität noch immatrikuliert bleibt. Des Weiteren endet der Anspruch auf Halbweisengeld grundsätzlich, wenn das Kind eine Ehe oder Lebenspartnerschaft eingeht; es sei denn, dass der Ehe-/Lebenspartner außerstande ist, Unterhalt zu leisten; etwa weil er sich selbst noch in der Ausbildung befindet.