

**Merkblatt  
Information zum Altersruhegeld**

---

**Altersruhegeld**

Mitglieder, die das 67. Lebensjahr vollendet haben, erhalten auf Antrag Altersruhegeld.

**Vorgezogenes Altersruhegeld**

Auf Antrag wird das Altersruhegeld vor Erreichen der Altersgrenze gewährt, jedoch frühestens vom Ersten des Monats an, der auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt. Für Mitglieder, die ab dem 01.01.2012 erstmals Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk werden, tritt an die Stelle des 60. Lebensjahres das 62. Lebensjahr. Der Antrag ist unwiderruflich. Das vorgezogene Altersruhegeld können Sie zu jedem Ersten eines Monats in Anspruch nehmen.

Der Antrag auf vorgezogenes Altersruhegeld kann flexibel gestellt werden. Bitte reichen Sie uns Ihren Antrag möglichst 3 Monate vor dem gewünschten Beginn ein.

Die Vorverlegung des Rentenbezugs vor Vollendung des 67. Lebensjahres hat eine Minderung der Rentenanwartschaft zur Folge. Für jeden Monat, um den der Bezug des Altersruhegeldes vorverlegt wird, beträgt der versicherungsmathematische Abschlag 0,4 %. Bei dieser Minderung bleibt es auch nach Erreichen des 67. Lebensjahres.

**Hinausgeschobenes Altersruhegeld**

Auf Antrag besteht zudem die Möglichkeit, die Zahlung des Altersruhegeldes hinauszuschieben, maximal bis zu dem Monat, der auf die Vollendung des 72. Lebensjahres folgt. Der Aufschub kann jederzeit schriftlich zum Ablauf eines Monats beendet werden.

Die Erhöhung der jährlichen Rentenanwartschaft beträgt für Zeiten des Aufschubs bis zum vollendeten 68. Lebensjahr jeweils 5,50 % des nicht in Anspruch genommenen Ruhegeldes, für weitere Zeiten des Aufschubs bis zum vollendeten 69. Lebensjahr jeweils 5,65 % des nicht in Anspruch genommenen Ruhegeldes, für weitere Zeiten des Aufschubs bis zum vollendeten 70. Lebensjahr jeweils 5,80 % des nicht in Anspruch genommenen Ruhegeldes, für weitere Zeiten des Aufschubs bis zum vollendeten 71. Lebensjahr jeweils 6,00 % des nicht in Anspruch genommenen Ruhegeldes und für weitere Zeiten des Aufschubs bis zum vollendeten 72. Lebensjahr jeweils 6,20 % des nicht in Anspruch genommenen Ruhegeldes.

Die Altersruhegeldanwartschaft nimmt damit weiterhin an der Rentendynamisierung teil.

**Bitte beachten Sie:**

Während des Aufschubs gilt für angestellte Zahnärztinnen / Zahnärzte weiterhin Beitragspflicht.

Sofern sie als angestellte/r Zahnärztin / Zahnarzt bereits Ruhegeld der Deutschen Rentenversicherung Bund erhalten, bitten wir Sie uns mitzuteilen ab bzw. seit wann Sie das Ruhegeld beziehen.

Für alle anderen Mitglieder besteht die Möglichkeit, im Rahmen von Höchstgrenzen, weiterhin freiwillige Beiträge zu entrichten. Sofern Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen möchten, beraten wir Sie gerne. Auf diese Beiträge finden die Satzungsregelungen zur Erhöhung durch Aufschub keine Anwendung.

Der Bezug des Ruhegeldes erfordert nicht die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit. Beiträge können dann jedoch nicht mehr entrichtet werden.

Die Beitragspflicht erlischt

- mit dem Ende des Kalendermonates, in dem das Mitglied das 67. Lebensjahr vollendet oder
- wenn vorgezogenes Altersruhegeld gewährt wird, mit dem Ende des Kalendermonates vor Einweisung des vorgezogenen Altersruhegeldes,
- bei Aufschub des Altersruhegeldes bei angestellten Mitgliedern mit dem Ende des Kalendermonates vor Einweisung des hinausgeschobenen Altersruhegeldes, spätestens mit Vollendung des 72. Lebensjahres.

Die Entrichtung von Beiträgen ist für Zeiten des Ruhegeldbezuges nicht möglich.

Aktive Mitglieder haben alternativ die Möglichkeit, ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, **die Befreiung von der Beitragszahlung** zu beantragen. Für Mitglieder, die ab dem 01.01.2012 erstmals Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk werden, tritt an die Stelle des 60. Lebensjahres das 62. Lebensjahr.

Die beantragte Befreiung von den Pflichtbeiträgen ist unwiderruflich und wird, soweit kein späterer Termin bestimmt wird, wirksam zum Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrages beim Versorgungswerk folgt. Das Recht zur Entrichtung freiwilliger Beiträge bleibt hiervon unberührt. Die Befreiung von der Beitragszahlung **gilt nicht für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.**

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag auf Altersruhegeld drei Monate vor dem gewünschten Zeitpunkt des Ruhegeldbezugs ein. Dem Antrag ist eine (Kopie) Ihrer Geburtsurkunde beizufügen.**

Für ehemalige Mitglieder mit Ruhender Anwartschaft in der HZV und für Anwartschaften aus Versorgungsausgleich können abweichende Regelungen gelten. Bitte kontaktieren Sie hierzu bitte Ihre/n Sachbearbeiter/in.



Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt am Main

---

## Antrag auf Altersruhegeld / vorgezogenes Altersruhegeld / Hinausschieben des Altersruhegeldes gemäß § 27 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) vom 01.01.2010, Stand 01.01.2024

### Zutreffendes bitte auswählen

|                                                                                                                                            |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Altersruhegeld gemäß § 27 Abs. 1 der Satzung ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.                                                            |                |
| Vorgezogenes Altersruhegeld gemäß § 27 Abs. 2 der Satzung ab                                                                               | Datum          |
| Aufschub des Altersruhegeldes gemäß § 27 Abs. 3 der Satzung.<br>(Hierzu ist die Rücksendung dieser Seite des Antrages ausreichend.)        |                |
| Der Aufschub gilt längstens bis zur Vollendung des 72. Lebensjahres. Er kann jederzeit schriftlich zum Ablauf eines Monats beendet werden. |                |
| Für selbständige oder nicht zahnärztlich tätige Mitglieder:                                                                                |                |
| mit freiwilliger Beitragszahlung<br>(Hierzu ergänzend bitte die letzte Seite dieses Antrages (SEPA Mandat) mitsenden.)                     |                |
| maximaler frw. Beitrag (§ 19 der Satzung)                                                                                                  | monatlich Euro |
| ohne Beitragszahlung                                                                                                                       |                |
| <b>Für die/den angestellte/n Zahnärztin/Zahnarzt besteht bei Aufschub weiterhin Beitragspflicht.</b>                                       |                |

### Persönliche Angaben:

|                                                                       |            |                              |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| Vorname Name                                                          |            |                              |
| Geburtsdatum                                                          | Geburtsort | Staatsangehörigkeit          |
| Straße                                                                |            | Postleitzahl, Wohnort        |
| Telefon                                                               |            | Steuer-Identifikationsnummer |
| Familienstand                                                         |            | Tag der Eheschließung        |
| Name Ehepartner/in / Geburtsname Ehepartner/in                        |            | Geburtsdatum Ehepartner/in   |
| Anschrift Ehepartner/in (nur erforderlich bei abweichender Anschrift) |            |                              |

---

|     |       |                 |                               |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| 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 (optional)                                   |
| 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 |
|-----|-------|-----------------|-----------------------------------------------------|
|     |       |                 |                                                     |

## **Antrag auf Gewährung des Kinderzuschlages nach § 33 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (nur für Mitglieder der HZV)**

Zum Ruhegeld wird für jedes minderjährige Kind sowie für jedes volljährige Kind eines Mitgliedes ein Kinderzuschlag gemäß § 33 der Satzung gewährt, soweit es sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder aufgrund von körperlichen oder geistigen Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Der Kinderzuschlag wird längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt und beträgt zurzeit monatlich EUR 30,00.

Als Nachweis gilt die Schul- bzw. Studienbescheinigung oder die Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über die Berufsausbildung.

Zu berücksichtigende Kinder:

|              |              |
|--------------|--------------|
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |

### **Anmerkung**

Bitte fügen Sie diesem Antrag für die oben aufgeführten Kinder die Geburtsurkunde und die aktuelle Bescheinigung über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium bei.

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

---

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

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

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

**I. Personalien**

|                                                              |              |
|--------------------------------------------------------------|--------------|
| Vorname Name                                                 | Geburtsdatum |
| Sozialversicherungsnummer (Deutsche Rentenversicherung Bund) |              |

**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<br>gesetzlichen Krankenversicherung                                                           | seit/ab                  |
|                                                                                                             | Name                     |
|                                                                                                             | Mitgliedsnummer          |
|                                                                                                             | Sitz der Geschäftsstelle |
| bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung                                                      |                          |
| weder bei einer gesetzlichen Krankenversicherung<br>noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen |                          |

krankenversichert bin.

**Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung füllen Sie bitte auch Seite 5 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.) |
| Ich habe keine Kinder.                                                         |

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 |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |

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

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

|              |                 |              |
|--------------|-----------------|--------------|
| Vorname Name | Mitgliedsnummer | Geburtsdatum |
|--------------|-----------------|--------------|

1. Haben Sie 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 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, 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 |
|      | Name des Versorgungswerks |  |     |



**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 |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
|     |       |                 |                               |

## Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt

---

### Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

für Beiträge während des Hinausschiebens des Altersruhegeldes

Ich ermächtige die Hessische Zahnärzte-Versorgung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|                                                                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Name und Anschrift des Zahlungsempfängers<br>Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt | Gläubiger-Identifikationsnummer<br>DE42ZZZ00000531064 |
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)                                                              |                                                       |
| Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)                                                         |                                                       |
| IBAN (22 Stellen)                                                                                           |                                                       |
| BIC (11 Stellen)                                                                                            |                                                       |
| Name des Kreditinstituts                                                                                    |                                                       |

---

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
|-----|-------|-----------------|-----------------------------------------------------|
|     |       |                 |                                                     |