

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

**Antrag auf Sterbegeld gemäß § 28 der Satzung
der Hessischen Zahnärzte-Versorgung vom 01.01.2010, Stand 01.01.2024**

Das Sterbegeld beträgt drei Monatsrenten des Verstorbenen, maximal jedoch werden einmalig EUR 1.100,00 geleistet.

Sofern kein überlebender Ehepartner / Lebenspartner Anspruch hat, erhalten grundsätzlich die Kinder eines Mitgliedes auf Antrag ein Sterbegeld. Führt eines der anspruchsberechtigten Kinder den Nachweis, dass es die Bestattung ausgerichtet hat, so kann das Sterbegeld an dieses Kind ausgezahlt werden.

Hinweis.

Der überlebende **Ehepartner / eingetragene Lebenspartner** i.S. d. LPartG des Mitgliedes, erhält **die Leistung ohne dass es eines Antrages bedarf**, sobald der vollständige Antrag auf Hinterbliebenenrente vorliegt.

Ich beantrage die Zahlung des Sterbegeldes. Originalkopie der Geburtsurkunde ist beigelegt.
--

Mitgliedsnummer, Name des Verstorbenen
--

Geburtsdatum Verstorbenen

Name, Vorname Antragsteller/in

Straße Antragsteller/in

Postleitzahl, Ort Antragsteller/in

Steueridentifikationsnummer Antragsteller/in
--

Hinweis: Die Zahlung an mich erfolgt mit befreiender Wirkung gegenüber der Hessischen Zahnärzte-Versorgung.

Die Zahlung soll erfolgen auf folgende **Bankverbindung**:

IBAN (22-Stellen)

BIC

Name des Kreditinstituts

Kontoinhaber/in

Datum

Unterschrift Antragsteller/in
