

Versorgungswerk  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Postfach 11 06  
23781 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

### Antrag auf Altersrente

(Ansprüche aus einer internen Teilung im Rahmen des Scheidungsverfahrens für  
Anspruchsberechtigte, die nicht Mitglieder des Versorgungswerkes sind)

Ich beantrage die Altersrente zum

Regelrentenbeginn

vorgezogenen Rentenbeginn am \_\_\_\_\_

aufgeschobenen Rentenbeginn am \_\_\_\_\_

#### Meine Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Kinder:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

#### Beizufügende Unterlagen:

- eine beglaubigte Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde

#### Meine 11-stellige Steueridentifikationsnummer (bitte nicht die 10-stellige Steuernummer):

Identifikationsnummer:

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

Diese Nummer wurde Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern und Finanzen zugeteilt. Sie können diese auch Ihrem aktuellen Einkommensteuerbescheid entnehmen.



**Meine Krankenkassenzugehörigkeit:**

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

Ich bin:

- privat kranken- und pflegeversichert bei \_\_\_\_\_  
(Name der Krankenversicherung)
- nicht kranken- und pflegeversichert

- gesetzlich kranken- und pflegeversichert

Name Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer  
bei der DRV: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:

- ja       nein

Ich habe leibliche Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder?

Hinweis: Falls ja, haben Sie einen geringeren Beitrag zur Pflegeversicherung zu zahlen.

- ja       nein

**Beizufügende Unterlagen (nur für gesetzlich Versicherte):**

- eine einfache Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)



**Abschlussklärung:**

**Ich versichere die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag.  
Sofern sich Änderungen ergeben, teile ich diese umgehend mit.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Haben Sie an alles gedacht? Unsere Checkliste hilft Ihnen bei der Überprüfung.**

**Checkliste**

**erforderliche Unterlagen für die Altersrente:**

- eine beglaubigte Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde

**erforderliche Unterlagen, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind:**

- eine einfache Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes  
 der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

**ergänzende Unterlagen:**

- postmortale Vollmacht zur Erstattung von Rentenansprüchen

Anlage 1

Mitglieds-Nr.:

## Vollmacht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die von dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach meinem Tod ohne Rechtsgrund auf mein Konto überwiesen wurden, an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zurückzuzahlen.

Ort / Datum

Unterschrift