

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 bestätigte Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde (*siehe Hinweis auf Seite 1)
- eine Kopie Ihres vor dem 01.06.2009 abgeschlossenen Altersteilzeitvertrages (falls zutreffend)

erforderliche Unterlagen, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind:

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

erforderliche Unterlagen, falls Sie geschieden sind:

- ausgefüllte Anlage 1 zu diesem Antrag

ergänzende Unterlagen:

- postmortale Vollmacht zur Erstattung von Rentenansprüchen

Anlage 1

Wichtiger Hinweis:

Diese Seite ist nur von Ihnen auszufüllen, wenn Sie geschieden wurden und in diesem Zusammenhang ein Versorgungsausgleich vorgenommen wurde!

Das beigefügte „Informationsblatt zum Versorgungsausgleich“ bitten wir zu beachten!

Ist Ihre durchgeführte Scheidung bereits rechtskräftig? ja nein

Mein geschiedener Ehepartner bezieht bereits eine Rente. ja nein

Mein geschiedener Ehepartner hat gegen mich einen Unterhaltsanspruch.
 ja nein

Es handelt sich um einen Unterhaltsanspruch wegen: _____

Mein geschiedener Ehepartner ist bereits verstorben. ja nein
Falls ja, bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei.

**Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit meiner Angaben.
Änderungen teile Ich Ihnen umgehend mit.**

Ort / Datum

Unterschrift

Anlage 2

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