

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 Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde

Meine persönliche 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 der 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 Kopie der Geburtsurkunde all Ihrer Kinder
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

Zusätzlich zu der Rente bei Ihrem Versorgungswerk erhalte ich bereits eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft etc.) bzw. habe diese beantragt.

ja

nein

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Name des

Rentenversicherungsträgers: _____

Versicherungsnummer des

Rentenversicherungsträgers: _____

Rentenbeginn: _____

Rentenart:

Altersrente

Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente

Invaliden- oder Verletztenrente

Sonstige

Meine Kontodaten für die Auszahlung der Altersrente:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8- oder 11-stellig):

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

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 Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde

erforderliche Unterlagen, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind:

- eine Kopie der Geburtsurkunde all Ihrer Kinder
 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