

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

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

### Antrag auf Altersrente

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  
- eine Kopie Ihres vor dem 01.06.2009 abgeschlossenen Altersteilzeitvertrages (falls zutreffend)

#### Personalien meines Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners:

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tag der Eheschließung: \_\_\_\_\_

**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)



**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
- eine Kopie Ihres vor dem 01.06.2009 abgeschlossenen Altersteilzeitvertrages (falls zutreffend)

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

- eine Kopie der Geburtsurkunde all Ihrer Kinder
- 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