

ANTRAG AUF ALTERSRENTE

Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg Winterhuder Weg 62 22085 Hamburg
Telefon 040 / 22 71 96 - 0

Mitglieds-Nr.: _____, geb. am: _____

Bitte ankreuzen:

- Ich beantrage die Regelaltersrente.
 Ich beantrage die vorgezogen Altersrente zum **01.**_____ (Datum bitte ergänzen)
 Ich beantrage die hinausgeschobene Altersrente zum **01.**_____ (Datum bitte ergänzen)

1.) ANGABEN ZUR PERSON

(Vorname und Nachname)

(Straße)

(Wohnort)

(Telefonnummer für kurzfristige Rückfragen – Angabe ist freiwillig)

ledig () verheiratet () geschieden () verwitwet (): seit dem _____
(bitte Datum angeben)

Vorname, Nachname und Geburtsdatum des Ehegatten:

2.) Meine STEUERIDENTIFIKATIONSNUMMER lautet:

3.) Meine BANKVERBINDUNG für die Rentenzahlungen (bitte die Zahlen sorgfältig schreiben):

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

IBAN _____ BIC _____
(bitte immer angeben) (bitte immer angeben)

Name und Ort der Bank/Sparkasse _____

Kontoinhaber: _____
(falls vom Antragsteller abweichend)

4.) KRANKENVERSICHERUNG

Das Versorgungswerk ist nach den §§ 202 SGB V und 50 SGB XI verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis der Rentenbezieher/innen zu ermitteln.

Gemäß § 202 Satz 3 SGB V müssen Sie als **Versorgungsempfänger Ihre Krankenkasse angeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzeigen**. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Angaben ggf. an Ihre **gesetzliche** Krankenkasse weitergeben müssen.

4.1.) Bitte ankreuzen:

- Ich bin in einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert.
- Ich bin in einer **privaten Krankenversicherung** versichert.
- Ich bin nicht krankenversichert.

Name der Kasse/der Versicherung _____

Straße und PLZ und Ort :

Versicherten Nr. bei Ihrer Krankenkasse: _____

4.2.) Sind Sie Beihilfe-/ Heilfürsorgeberechtigte(r) nach beamtenrechtlichen Grundsätzen?

(diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten)

Ja () Nein ()

4.3.) Erhalten Sie – neben der Rente des Versorgungswerkes – eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung ehemals BfA, LVA etc.)?

(diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten)

Ja () Nein ()

Wenn ja:

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

5.) Haben Sie leibliche Kinder, Adoptiv- , Stief- oder Pflegekinder?

(diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten; sind Kinder vorhanden, gilt die gesetzliche Zuschlagsbefreiung von der Pflegeversicherung für Mitglieder gesetzlicher Kassen)

Ja () wenn ja, bitte **Geburtsurkunden** in unbeglaubigter Kopie beifügen
(nicht erforderlich bei privater Krankenversicherung)

Nein ()

6.) Ich beantrage den KINDERZUSCHLAG für folgende Kinder:

(Für alle Kinder unter 18 Jahren bitte Lebensbescheinigung beifügen.
Für alle Kinder über 18 Jahre bitte Ausbildungsnachweise in unbeglaubigter Kopie beifügen.)

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

7.) VERSICHERUNGSZEITEN innerhalb der EU

7.1.) Beiträge zu einem anderen inländischen Versorgungswerk

Haben Sie Beiträge zu einem anderen deutschen Versorgungswerk gezahlt?

Nein ()

Ja ()

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift des Versorgungswerks, Ihre Mitgliedsnummer und den Zahlungszeitraum an.

Name und Anschrift des Versorgungswerks

Zahlungszeitraum

Mitgliedsnummer

7.2.) Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat

Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in der EU oder im EWR (Island, Liechtenstein, Norwegen) sowie in der Schweiz gezahlt?

Nein ()

Ja ()

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift des Versicherungsträgers, Ihre Mitgliedsnummer und den Zahlungszeitraum an.

Name und Anschrift, Land

Mitgliedsnummer

Zahlungszeitraum

Erklärung des Mitglieds:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Ergeben sich im Nachhinein Änderungen zu diesem Antrag, werde ich diese dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift

Wir sind verpflichtet, Sie auf folgendes hinzuweisen:

Ihr Altersrentenbezug wird gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet.