

ANTRAG AUF ALTERSRENTE ODER ALTERSTEILRENTE

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

An das
Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg
Stadthausbrücke 12
20355 Hamburg

Telefon: 040 22 71 96 - 0

1.) ANGABEN ZUR PERSON

(Vorname und Nachname)

(Straße)

(Wohnort)

(Telefonnummer für kurzfristige Rückfragen – die Angabe ist freiwillig)

ledig (); verheiratet (); geschieden (); verwitwet (); eingetragene Lebenspartnerschaft ()

seit dem (Datum bitte einfügen): _____

Vorname **und** Nachname **mit** Geburtsdatum des Ehegatten oder des eingetrag. Lebenspartners:

(Vorname und Nachname)

Geburtsdatum: |__|__|__|__|__|__|__|__|

2.) RENTENBEGINN

Ich beantrage die Altersrente

() zu meinem Regelaltersrentenbeginn (§ 12 II VST) am **01.**_____

() zum vorgezogenen Rentenbeginn am **01.**_____ (Datum bitte ergänzen)

() zum aufgeschobenen Rentenbeginn am **01.**_____ (Datum bitte ergänzen)

Haben Sie leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder?

Diese Frage müssen nur **Mitglieder gesetzlicher Kassen** beantworten; denn sind Kinder vorhanden, gilt die gesetzliche Zuschlagsbefreiung von der Pflegeversicherung für Mitglieder gesetzlicher Kassen.

- () Ja wenn ja, bitte für jedes Kind die **Geburtsurkunden** in Kopie beifügen
(nicht erforderlich bei privater Krankenversicherung)
- () Nein

8.) KINDERZUSCHLAG

Ich beantrage den Kinderzuschlag für folgende Kinder, die vor dem 01.01.2009 geboren wurden. Für die nach dem 01.01.2009 geborenen Kinder entfällt der Kinderzuschlag. Bitte für alle Kinder die **Geburtsurkunden in einfacher Kopie** vorlegen. Für alle Kinder **unter** 18 Jahren bitte Lebensbescheinigung beifügen. Für alle Kinder **über** 18 Jahre **bitte die aktuellen Ausbildungsnachweise (Studienbescheinigung, Ausbildungsvertrag)** in Kopie beifügen. **Der Kinderzuschlag wird längstens bis zum vollendeten 27. Lebensjahr des Kindes gezahlt.**

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

9.) VERSICHERUNGSZEITEN INNERHALB DER EUROPÄISCHEN UNION**Beiträge zu einem anderen inländischen Versorgungswerk**

Haben Sie Beiträge zu einem anderen deutschen Versorgungswerk gezahlt?

Ja () Nein ()

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Name des Versorgungswerks

Anschrift des Versorgungswerks

Zahlungszeitraum

Mitgliedsnummer

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?

Ja () Nein ()

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Name des Versicherungsträgers

Anschrift des Versicherungsträgers, Land

Zahlungszeitraum

Mitgliedsnummer

10.) ALTERSNACHWEIS

() Eine **Kopie meines gültigen Personalausweises (Vorder- und Rückseite)** füge ich bei.

Hinweis: Ohne die Ausweiskopie dürfen wir Ihnen die Altersrente nicht auszahlen.

11.) VOLLMACHT ZUM RENTENBEZUG

Ich, _____, geb. am: _____, erteile dem **Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg die folgende Vollmacht für den Rentenbezug:**

Mir ist bekannt, dass nach dem Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg (§ 12 Abs. 7 VSt) der Anspruch auf die Altersrente mit Ablauf des Sterbemonats erlischt.

Ich bevollmächtigte daher das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg, gegebenenfalls nach meinem Tod überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Ort/Datum

Unterschrift für die Rückrufvollmacht

Alle Renten unterliegen seit 2005 grundsätzlich der Steuerpflicht.

Ihr Altersrentenbezug muss von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet werden. Von dort werden die Daten weiter an die Finanzämter gemeldet. Bitte lassen Sie Ihre Steuerverpflichtungen überprüfen und / oder wenden Sie sich an Ihren Steuerberater oder Ihre Steuerberaterin.

Wenn Sie zusätzlich bei einem anderen Rentenversicherungsträger Beiträge eingezahlt haben, denken Sie bitte daran, auch dort persönlich einen Antrag auf Altersrente zu stellen.

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

Ort/Datum

Unterschrift für den Rentenantrag