

## ANTRAG AUF ALTERSRENTE (aus dem Versorgungsausgleich nach Scheidung)

Bitte senden an: Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg

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

### 1.) ANGABEN ZUR PERSON

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname)

geb. am: \_\_\_\_\_

**(Bitte fügen Sie als Altersnachweis eine unbeglaubigte Kopie Ihres Personalausweises bei)**

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer für kurzfristige Rückfragen – Angabe ist freiwillig)

Ledig (  ); verheiratet (  ); geschieden (  ); verwitwet (  ): seit dem \_\_\_\_\_  
(bitte Datum angeben)

Vorname, Nachname und Geburtsdatum des jetzigen Ehegatten:

### 2.) RENTENBEGINN

Ich beantrage die Altersrente

(  ) zu meinem Regelaltersrentenbeginn (§ 12 II VST) am

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

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

### 3.) GESAMT- ODER TEILRENTE

Die Altersrente beantrage ich zum vorgenannten Termin als

(  ) Gesamrente zu 100%.

(  ) Teilrente zu (  ) 30%, (  ) 50%, (  ) 70%.

Geplanter Beginn der restlichen Altersrente: **01.**\_\_\_\_\_ (Datum bitte ergänzen)

**4.) Meine STEUERIDENTIFIKATIONSNUMMER (11stellig) lautet:**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**5.) Meine BANKDATEN für die Rentenzahlungen (bitte stets mit IBAN):**

IBAN: 

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(Nur falls vom Antragsteller abweichend)

**6.) KRANKENVERSICHERUNG**

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

Sie müssen uns daher **Ihre Krankenkasse angeben und einen Kassenwechsel bitte immer rechtzeitig vorher mitteilen** (§ 202 Satz 3 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Angaben an Ihre **gesetzliche** Krankenkasse weitergeben müssen (gilt nicht für Privatversicherte).

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: \_\_\_\_\_

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

(Diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten)

Ja ( )          Nein ( )

**Erhalten Sie – neben der Rente des Versorgungswerks – 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

**7.) Haben Sie Kinder?**

(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 ( )

**8.) Beruf**

Meine zurzeit oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

Ich war / bin Arzt / Ärztin:

Ja ( )          Nein ( )

**9.) Rentenversicherungsnummer bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (12stellig)**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Beispiel 12261055R578)

**10.) Ich 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 bevollmächtige 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**

**11.) Erklärung:**

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.

Eine Kopie meines Personalausweises übersende ich mit diesem Antrag.

---

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.**