

Antrag auf die restliche Altersrente

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 beziehe bereits eine Altersteilrente und **beantrage hiermit die restliche Altersrente**

zum **01.** _____ (Datum bitte ergänzen)

