

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt/M.

### ANTRAG AUF ALTERSRENTE

**Ich stelle Antrag auf Zahlung obiger Rente ab 01.**

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde mit dem Rentenantrag ein.**

Privat - Anschrift \_\_\_\_\_

Privat - Telefon - Nr. \_\_\_\_\_

E - Mail - Adresse \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Konto - Nr. \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig \_\_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_

verheiratet seit \_\_\_\_\_

eingetragene Lebenspartnerschaft seit \_\_\_\_\_

Name des Ehepartners \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

## Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

## Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen, entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V obliegenden Meldeverpflichtungen, dass ich wie folgt versichert bin:

**gesetzliche** Krankenkasse       **private** Krankenversicherung

---

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

---

(Versicherungsbeginn)

---

(Versicherungsnummer)

\*) Da ich **Mitglied** einer **gesetzlichen Krankenkasse** bin, füge ich eine Bescheinigung meiner Krankenkasse über die **Art der Krankenversicherung** als krankenversicherungspflichtiges oder als krankenversicherungsfreies Mitglied bei.

---

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

## Erklärung des Versorgungsempfängers im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner zur sozialen Pflegeversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber dem

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt/M.

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

**Ja**

**Nein**

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der

⇒ Geburtsurkunde

oder

⇒ Adoptionsurkunde

mit einzureichen.

---

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt/M.

Sie haben durch das Bundeszentralamt für Steuern Ihre persönliche Identifikationsnummer erhalten.

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige Identifikationsnummer ein:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Bestehen noch weitere Rentenanwartschaften oder Rentenzahlungsansprüche gegenüber staatlichen Rentenversicherungsträgern?**

1. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der Europäischen Union (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

**nein**  
 **ja**  vom /bis \_\_\_\_\_

Versicherungsträger / Versorgungssystem: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

2. Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

**nein**  
 **ja**  vom/bis \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland(z. B. Deutscher Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft bzw. andere) zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte die entsprechende Bescheinigung - Öffnungsklausel nach dem Alterseinkünftegesetz - schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung anfordern und in Kopie beifügen)**

**nein**  
 **ja**  vom/bis \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Rentenversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie auch Zeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte den Versicherungsverlauf in Kopie beifügen)**

**nein**  
 **ja**  vom/bis \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Versorgungswerkes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)**