

Versorgungswerk der
Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

ANTRAG AUF VORGEZOGENE ALTERSRENTE

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Rentenleistung ab 01.

Name geb. am

Mitgliedsnummer

Geburtsname Geburtsort*

Staatsangehörigkeit

Anschrift

Telefon - Nr.

E-Mail

Familienstand: Seit _____

ledig verheiratet geschieden

verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Name des Ehepartners

Geburtsname geb. am

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

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Bankverbindung für die Zahlung der Rentenleistung

Name _____

Geb. am _____

Bankinstitut _____

Kontoinhaber _____

SWIFT/BIC _____

IBAN

Prüfziffer				Bankleitzahl								Kontonummer									

Abweichungen zum Kontoinhaber:

Sollten Sie nicht der Kontoinhaber sein, bitte diesen Vordruck selber und auch vom Kontoinhaber unterschreiben lassen.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

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:

Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Mitgliedschaftsbestätigung bei.

gesetzliche Krankenkasse **private** Krankenversicherung

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

(Versicherungsbeginn)

(Sozialversicherungsnummer)

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

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

Ja Nein

Anzahl der Kinder: _____

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der Geburtsurkunde oder der Adoptionsurkunde des jüngsten Kindes einzureichen und namentlich zu benennen.

Name _____ geboren am _____

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

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

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige, elfstellige Steuer - Identifikationsnummer ein:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte beachten Sie:

Das Bundeszentralamt für Steuern hat seit dem 1. August 2008 jedem in Deutschland gemeldeten Bürger schriftlich seine persönliche steuerliche Identifikationsnummer mitgeteilt. Wir benötigen die Nummer für das Rentenbezugsmitteilungsverfahren. Sie sind daher verpflichtet, die Identifikationsnummer mitzuteilen. Das gilt auch, wenn Sie im Ausland leben.

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: _____