

# A N T R A G auf Zahlung der Altersrente

Hiermit beantrage ich **bindend**, (Titel Vorname Familienname)

die Altersrente **ab dem**

## Angabe der PRIVAT-Anschrift zur Ausfertigung des Rentnerausweises/Rufnummer für Rückfragen

## Angabe der Bankverbindung

Für die Überweisung der monatlichen Rentenzahlung nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

bei der

## Angaben zur KVdR – Krankenversicherung der Rentner

Gemäß § 202 SGB V haben wir als Zahlstelle bei erstmaligen Versorgungsbezügen die für Sie zuständige (gesetzliche) Krankenkasse zu ermitteln und anzufragen, ob in Ihrem Fall Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einbehalten und abgeführt werden sollen. Dafür benötigen wir Ihre Mithilfe.

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Rentenversicherungsnummer (12-stellig)

Seit dem 01.01.2005 wurde ein Zuschlag in Höhe von 0,25 % in der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kinderlose eingeführt. Insofern bitten wir um aktuelle Angabe, ob Sie die Elterneigenschaft besitzen.

- Ja, ich habe Kinder und füge (eine) Kopie(n) der Geburts-/Abstammungsurkunde(n) bei.  
 Nein, ich habe kein(e) Kind(er).

## Angaben zu ZfA-Melddaten (Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen)

Geburtsort

Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

## Abfrage zur Öffnungsklausel

Um zu überprüfen, ob Sie bis zum 31.12.2004 in mindestens zehn Jahren den Betrag des im Jahr der Zahlung geltenden Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung überschritten haben und Ihnen nachfolgend zur Verrentung eine Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt auszufertigen ist, benötigen wir Ihre Mithilfe.

- Ja, ich habe auch in anderen Versorgungseinrichtungen (DRV, Versorgungswerke) Rentenanwartschaften erworben. Nachweise zur Beitragsleistung nach aktueller Rechtsprechung (FÜR-Prinzip) füge ich bei.  
 Nein, es sind außer in Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein keine weiteren Rentenanwartschaften erworben worden.

## Zurückgelegte Versicherungszeiten innerhalb der EU (außerhalb Deutschlands)

- Ja, ich habe Versicherungszeiten innerhalb der EU außerhalb Deutschlands zurückgelegt.  
 Nein, dies trifft auf mich nicht zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

RÜCKSENDUNG BITTE AN:

Versorgungswerk  
der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 496  
24106 Kiel

—