Mitgliedsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Altersrente

☐ **ab Regelaltersgrenze**
☐ **Rentenbeginn ab** _____

I. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

Name, Vorname des Ehepartners/
eingetragenen Lebenspartners: _____

Geburtsdatum: _____

2. Name der zuschussberechtigten Kinder (Kinderzuschuss)

bis zum 18. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

vom 18. bis zum 27. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

3. Kranken- und Pflegeversicherung:

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: _____

_____

Rentenversicherungsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

☐ ja ☐ nein

Hinweis: *Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.*

4. Hiermit beantrage ich die Anrechnung der Kinderbetreuungszeiten:

☐ ja ☐ nein

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

ggf. Sterbedatum: _____

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

ggf. Sterbedatum: _____

5. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

_____

6. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____ in _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

_____

7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?

☐ ja, am _____ ☐ nein

8. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

☐ ja, ab _____ ☐ nein

Art der Leistung: _____

9. Bankverbindung

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

10. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer**:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

11. Erforderliche Unterlagen:

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **aktueller** Nachweis Ihrer privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)

für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

_____ _____

Datum Unterschrift