**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: _____

über 18 Jahre

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

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

_____

**5. 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 _____

_____

**6. Wurde bei einem der unter Punkt 4 bzw. unter Punkt 5 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?**

☐ ja, am _____ ☐ nein

**7. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 4 bzw. unter Punkt 5 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

☐ ja, ab _____ ☐ nein

Art der Leistung: _____

**8. Bankverbindung**

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

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

**Kontoinhaber** (falls abweichend): _____

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

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

**10. 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
- ärztliches Attest des Kindes

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

_____ _____

Datum Unterschrift