



Antrag auf Altersrente

- * Ich beantrage die Regelaltersrente zum 01. _____ (Datum bitte ergänzen)
* Ich beantrage die vorgezogene Altersrente zum 01. _____ (Datum bitte ergänzen)
* Ich beantrage die hinausgeschobene Altersrente zum 01. _____ (Datum bitte ergänzen)

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zur Person und Wohnort

..... Titel	..... Nachname	..... Vorname	..... Mitgliedsnummer
..... Staatsangehörigkeit	..... Geburtsort		
..... Straße	..... Postleitzahl	..... Wohnort	
..... Telefonnummer	..... E-Mail-Adresse		

Bankverbindung

..... IBAN	..... BIC
..... Bank	..... Kontoinhaber (falls vom Antragsteller abweichend)

Angaben zur Krankenversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

- * in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin.

Wenn ja:

.....
Name und Anschrift der Krankenkasse

.....
Versicherungsnummer bei der Krankenkasse

.....
Sozialversicherungsnummer

Wenn Sie nach dem 01.01.1940 geboren und älter als 23 Jahre alt sind, müssen Sie die folgende Frage unbedingt beantworten:

Ich habe Kinder im Sinne des Kinderberücksichtigungsgesetzes (*siehe die Erläuterungen*)

- Ja (Bitte Nachweise beifügen) Nein

- * in einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert bin.

- * weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen krankenversichert bin.

- * Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter nach beamtenrechtlichen Grundsätzen bin.

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zu den Kindern

Lesen Sie bitte die Erläuterungen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um einen Kinderzuschuss zur Altersrente zu erhalten.

..... Vorname des Kindes	..... Nachname des Kindes	..... Geburtsdatum
..... Vorname des Kindes	..... Nachname des Kindes	..... Geburtsdatum
..... Vorname des Kindes	..... Nachname des Kindes	..... Geburtsdatum
..... Vorname des Kindes	..... Nachname des Kindes	..... Geburtsdatum

Bitte Ausbildungsnachweise für Kinder beifügen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

(Falls für mehr als vier Kinder ein Kinderzuschuss beantragt wird, bitte auf einem gesonderten Blatt ergänzen)

Erklärung zu Versicherungszeiten innerhalb der EU bzw. des europäischen Wirtschaftsraums (Europäische Verordnung 883/2004 bzw. 1408/71)

I. Haben Sie Beiträge zu einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk gezahlt?

Ja

Nein

1.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer
2.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer
3.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer
4.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer
5.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer
6.	Von	Bis	Name des Versorgungswerkes*
			Versicherungsnummer

* Bitte unbedingt ausfüllen

II. 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 EU (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta, Zypern, Bulgarien und Rumänien) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein, und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

Ja Nein

1.	Von	Bis	Versicherungsträger/ Versorgungssystem
	Staat		Versicherungsnummer/Aktenzeichen
2.	Von	Bis	Versicherungsträger/ Versorgungssystem
	Staat		Versicherungsnummer/Aktenzeichen

III. 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?

Ja Nein

1.	Von	Bis	Versicherungsträger/ Versorgungssystem
	Staat		Versicherungsnummer/Aktenzeichen
2.	Von	Bis	Versicherungsträger/ Versorgungssystem
	Staat		Versicherungsnummer/Aktenzeichen

IV. Falls Sie die Ziffern II. oder III. mit ja beantwortet haben, haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

Ja Nein

Wenn ja: von: bis:

Versicherungsträger
(z. B. BfA, LVA, Deutsche Rentenversicherung oder Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

Persönliche Steueridentifikationsnummer nach § 139 b der Abgabenordnung

Persönliche Steueridentifikationsnummer:

(Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Mitteilung vom Bundeszentralamt für Steuern über die persönliche Steueridentifikationsnummer bei.)

Erklärung des Mitglieds

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Sollten sich zu den dargestellten Angaben irgendwelche Veränderungen ergeben, so werde ich die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe unverzüglich benachrichtigen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Mitglieds