

Bitte zurück an das

Versorgungswerk der
Landestierärztekammer Mecklenburg – Vorpommern
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Antrag auf Altersrente

Sehr geehrte(r) Rentenantragsteller(in). Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten. Für den Fall, dass nicht alle Fragen beantwortet werden können, stehen wir Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite. Sie können uns z.B. von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 - 11.30 Uhr und 13.00 - 15.00 Uhr in der Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin (Zehlendorf), aufsuchen. Telefonisch können Sie auch einen früheren oder späteren Beratungstermin vereinbaren. Falls Sie den Rentenantrag in unseren Geschäftsräumen ausfüllen möchten, empfehlen wir Ihnen eine telefonische Voranmeldung.

Ihre Tierärzteesorgung Mecklenburg-Vorpommern

I. Ihre Personalien		Mitgl.-Nr.:
Titel, Name	_____	Geburtsname _____
Vorname	_____	Geburtsdatum _____
Geburtsort	_____	
Privatanschrift	_____	
Telefon	_____	Telefax _____
Familienstand*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene/r Lebenspartner/in	
*) Zutreffendes bitte ankreuzen		
Geburtsdatum des Ehe-/Lebenspartners	_____	Name des Ehe-/Lebenspartners _____

II. Zu welchem Zeitpunkt soll Ihre Altersrente beginnen?

Zum

0	1	.		.	2	0		
---	---	---	--	---	---	---	--	--

III. Angaben zum letzten Beschäftigungsverhältnis (bitte nur als angestelltes Mitglied beantworten)

- Mein Beschäftigungsverhältnis endet(e) am

		.		.	2	0		
--	--	---	--	---	---	---	--	--
- Mein Beschäftigungsverhältnis wird über den Rentenbeginn hinaus (zunächst) weiter ausgeübt, voraussichtlich bis

		.		.	2	0		
--	--	---	--	---	---	---	--	--

IV. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **inländischen berufsständischen Versorgungswerk** entrichtet?

Ja, bitten diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

Von	Bis	Versorgungswerk	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **Staat der EU** (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) bzw. in dem **EWR** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

Ja, bitten diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungssystem	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Haben Sie nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten (sogenannte Wohnzeiten) ohne Beschäftigung oder Tätigkeit: Dänemark, Finnland, Island, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

Ja, bitten diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungssystem	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

V. Auf welches Konto soll die Altersrente überwiesen werden?

IBAN	D	E																		
BIC																				

Geldinstitut _____

Kontoinhaber: selbst _____

Bei Zahlung auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!

VI. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-ID											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Die Tierärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – u. a. gleichzeitiger Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung - ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie gesetzlich krankenversichert?

Ja, bei (Name und Anschrift Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse):

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet:

VSNR (Versichertennummer bei der DRV Bund, ehem. BfA)																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nein, ich bin ausschließlich privat kranken- bzw. pflegeversichert

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Nein, ich habe gar keine Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - noch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Deutsche Rentenversicherung der Länder (ehemals Landesversicherungsanstalten), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See etc.)?

ja, seit _____ von _____

nein

ist bzw. wird beantragt zum _____

Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

ja

nein

Abklärung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung:
Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja (bitte Geburtsurkunde des Kindes beifügen)

nein

Ich versichere, dass die im Rentenantragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Das Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift

2 Anlagen: Vollmacht (bitte ausgefüllt zurücksenden)
Merkblatt für Rentenantragsteller

Anlage zum Altersrentenantrag
Mitglieds-Nr.:

Vollmacht zum Rentenbezug

Titel, Name, Vorname

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Altersrente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
Potsdamer Straße 47,
14163 Berlin (Zehlendorf),

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Ort

Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**