

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Antrag auf Altersteilrente

I. Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel _____ Geburtsname _____

Name * _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon (privat) _____

Familienstand ledig eLP** verwitwet geschieden verheiratet seit _____

Vor- und Nachname des Ehepartners _____

Geburtsdatum des Ehepartners _____

II. Zu welchem Zeitpunkt soll Ihre Altersteilrente beginnen?

Zum

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

In welcher Höhe soll die Altersteilrente ausgezahlt werden (% -satz)?

30%

50%

70%

Die restliche Altersrente soll voraussichtlich zum

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

 beginnen.***

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

Mein Beschäftigungsverhältnis endet(e) am

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

Ich habe bis zum 31.12.2009 einen Altersteilzeitvertrag mit meinem Arbeitgeber geschlossen.
(Bitte Kopie des vollständigen Altersteilzeitvertrages beifügen.)

Mein Beschäftigungsverhältnis wird über den Rentenbeginn hinaus (zunächst) weiter
ausgeübt, voraussichtlich bis

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

Mein Gehalt liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Ich benötige den Rentenbescheid
dringend. Bitte senden Sie mir eine Vorausbescheinigung zu, die frühestens 3 Monate vor
Rentenbeginn von meinem Arbeitgeber ausgestellt werden darf.

* Bitte Kopie der Geburts- bzw. Heiratsurkunde beifügen!

** eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

*** Diese Angabe ist unverbindlich.

IV. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

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

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / 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. im **EWV** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

Haben Sie sich 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?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

VIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Die Apothekerversorgung Niedersachsen 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 die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie krankenversichert? (Mehrfachantwort möglich)

- ja, ich bin gesetzlich krankenversichert
 ja, ich bin privat krankenversichert
 nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Bitte Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung, den Beginn Ihrer dortigen Mitgliedschaft sowie Ihre Mitgliedsnummer der Krankenkasse **und die Rentenversicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung Bund** angeben:

Kasse/Versicherung: _____ Mitglied seit: _____

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

Meine Rentenversicherungsnummer lautet: _____
(der Deutschen Rentenversicherung Bund)

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

- 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 beifügen**) nein

IX. Mutterschutzfristen und Elternzeiten

Hiermit beantrage ich die Anrechnung der Elternzeiten.

nein

ja

Wenn ja, bitte ausfüllen und eine Kopie der Geburtsurkunde/n beifügen:

1) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

2) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

3) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

Hinweise zur Elternzeit:

Die Anrechnung gemäß der Alterssicherungsordnung (ASO) erfolgt nur, wenn das Kind während der Mitgliedschaft in der Apothekerversorgung Niedersachsen geboren wurde.

Unabhängig hiervon können Sie einen Antrag auf Anrechnung der Kindererziehungszeiten nach §56 SGB VI bei der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen, um ggf. eine weitere Rente von dort zu erhalten. Der entsprechende Antrag ist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Wir empfehlen zuvor eine Beratung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Anspruch zu nehmen.

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

Ort

Datum

Unterschrift

Anlagen: - Vollmacht zum Rentenbezug (**Bitte in jedem Fall ausgefüllt zurücksenden**)
 - Zusätzliche Erklärung (Bei Bedarf ausgefüllt zurücksenden)

Anlage 1 zum Rentenantrag / Vollmacht zum Rentenbezug

Titel _____
Vorname _____
Name _____
Ggf. abweichender Kontoinhaber _____

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß der Alterssicherungsordnung (ASO) bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die

**Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Straße 47
14163 Berlin (Zehlendorf)**

ggf. 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**

**Zusätzliche Erklärung zur Inanspruchnahme der erhöhten Altersteilrente
gem. § 16 Abs. 10 der Alterssicherungsordnung (ASO)**

(Bitte ausfüllen, wenn Sie unter Ziffer VII den Ledigenzuschlag beantragt haben.)

Name

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Ich erkläre, dass ich **zum Zeitpunkt des Beginns der Altersteilrente**

- unverheiratet (ledig, geschieden oder verwitwet) bin.
- keine nach § 20 Abs. 2 der Alterssicherungsordnung berechtigten früheren Ehegatten
(*rechtskräftige Scheidung vor dem 01.07.1977 = alte Rechtslage*) zu versorgen habe.
- keine nach § 21 der Alterssicherungsordnung halbweisenrentenberechtigten Kinder habe, da
- ich kinderlos bin.
- mein(e) Kind(er) bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat/haben und sich nicht mehr in der
Ausbildung befindet/befinden. Ich habe ____ Kind(er).
(Bitte für jedes Kind Kopie der Geburtsurkunde **und** des Abschlusszeugnisses beifügen.)
- mein(e) Kind(er) bereits das 27. Lebensjahr vollendet hat/haben. Ich habe ____ Kind(er).
(Bitte für jedes Kind Kopie der Geburtsurkunde beifügen).
- Ich habe während der Mitgliedschaft keine Berufsunfähigkeitsrente von der
Apothekerversorgung Niedersachsen bezogen.

Mir ist bekannt, dass mit Inanspruchnahme der erhöhten Altersteilrente später entstehende
Hinterbliebenenansprüche Dritter entfallen.

Ort/Datum

Unterschrift