

Antrag auf Altersrente gem. § 17 der Satzung
Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg

An das:

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte

Esplanade 39

20354 Hamburg

Mitgliedsnummer: _____, **geb. am:** _____

- () Ich beantrage die Regelaltersrente.
- () Ich beantrage die vorgezogene Altersrente zum **01.** _____ (Datum bitte ergänzen)
- () Ich beantrage die hinausgeschobene Altersrente zum **01.** _____ (Datum bitte erg.)
- () Ich beantrage den Ledigenzuschlag nach § 17 Abs. 5 der Satzung,
weil bei Beginn der Altersrente keine sonstigen rentenbezugsberechtigten Personen vorhanden
sind und auch keine Berufsunfähigkeitsrente bezogen wird bzw. bezogen wurde.
(die Ledigkeitsbescheinigung erhalten Sie in den Einwohner-Kundenzentren der Bezirksämter)

1. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Telefon (Privat): _____ Telefon (Mobil): _____

Email: _____

Anschrift
für Postversand: _____

2. Angaben zum Personenstand (bitte entsprechende Urkunde beifügen)

() ledig () verheiratet () geschieden

() verwitwet () eingetragene/r Lebenspartner/in

*) zutreffendes bitte ankreuzen

seit dem (Datum bitte einfügen): _____

Vorname **und** Nachname **und** Geburtsdatum des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartner:

3. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig; bitte nicht die alte Steuernummer!)

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

Das Versorgungswerk ist nach § 22 a des Einkommensteuergesetzes (EStG) verpflichtet, der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) Leistungen zu melden, die einem Leistungsempfänger zugeflossen sind. Hierfür benötigen wir Ihre steuerliche Identifikationsnummer.

4. Bankverbindung für zukünftige Rentenzahlung

Geldinstitut _____
(Name u. Ort) _____

IBAN																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Das Versorgungswerk ist nach § 202 SGB V 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

Wenn ja:

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

Abklärung des **Beitragszuschlages für Kinderlose** in der gesetzlichen Pflegeversicherung:

Haben Sie leibliche Kinder, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?
(sind Kinder vorhanden, gilt die gesetzliche Zuschlagsbefreiung von der Pflegeversicherung für Mitglieder gesetzlicher Kassen)

() Ja (bitte für jedes Kind die **Geburtsurkunden** in Kopie beifügen)

() Nein

6. Rentenversicherungsnummer bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (12stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Beispiel 12 261055 R 578)

Erklärung des Mitglieds:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben im Rentenantragsformular nach bestem Wissen gemacht habe. Ergeben sich im Nachhinein Änderungen zu diesem Antrag, **insbesondere zur Krankenversicherung, werde ich diese dem Versorgungswerk unverzüglich mitteilen.**

Eine Kopie meines Personalausweise oder meiner Geburtsurkunde füge ich bei.

Ort

Datum

Unterschrift

Alle Renten unterliegen seit 2005 grundsätzlich der Steuerpflicht.

Ihr Altersrentenbezug muss von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet werden.

Anlagen zum Antrag auf Altersrente gem. § 17 der Satzung

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Kopie Personalausweis | <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde(n) des Kindes /
der Kinder |
| <input type="checkbox"/> Ledigkeitsbescheinigung | <input type="checkbox"/> Kopie Bescheinigung über eingetragene
Lebenspartnerschaft |
| <input type="checkbox"/> Kopie Heiratsurkunde | <input checked="" type="checkbox"/> Vollmacht zum Altersrentenbezug |
| <input type="checkbox"/> Kopie Sterbeurkunde verstorbener Ehepartner | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Vollmacht zum Altersrentenbezug

Titel, Name, Vorname

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

**Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39
20354 Hamburg**

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**