

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin

Antrag auf Altersrente gemäß § 13 der Satzung

1. Antragsteller

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedsnummer

2. Ich beantrage

- die Regelaltersrente.
- die vorgezogene Altersrente zum 01. _____.
- die aufgeschobene Altersrente zum 01. _____.
 - Bis zum Renteneintritt werde ich die monatliche Beitragszahlung fortsetzen.
 - Bis zum Renteneintritt werde ich keine weiteren Beiträge entrichten.
- den Ledigenzuschlag (Erklärung zur Ledigeneigenschaft ausfüllen).

3. Die Rente soll überwiesen werden auf

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

bitte wenden

4. Angaben zur Kranken- und Pflegekassenzugehörigkeit

Gemäß § 202 SGB V ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, den Beginn, die Höhe, die Veränderung sowie das Ende der Rentenzahlung einer gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherung zu melden, sofern Versorgungsbezieher Mitglieder dieser sind.

- Ich bin nicht krankenversichert.
- Ich bin privat krankenversichert. **Bestätigung der KV beifügen!**
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert. **Bestätigung der KV beifügen!**

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert bei:

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer:

- Ich bin kinderlos?
- Ich bin nicht kinderlos?

5. Rentenbezugsmitteilungsverfahren

Gemäß § 22 a Abs. 1 EstG ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, Ihre Rentenbezüge an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden, die diese Daten an die zuständigen Länderfinanzbehörden weitergibt.

Für das Meldewesen benötigt das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern zwingend die steuerliche Identifikationsnummer.

steuerliche Identifikationsnummer:

6. Erklärung Mitglied

Ich versichere die Richtigkeit meine Angaben. Mir ist außerdem bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung (insbesondere zur Krankenversicherung) unverzüglich dem Versorgungswerk mitzuteilen und überzahlte Beiträge dem Versorgungswerk zurückzuzahlen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung Ledigeneigenschaft

Die Erklärung ist nur auszufüllen, wenn der Zuschlag zur Altersrente beantragt wird.

Angaben zum Mitglied:

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

Ich versichere, dass bei Beginn der Altersrente keine sonstigen rentenbezugsberechtigten Personen, die Anspruch nach § 16 der Satzung (Witwen-/Witwerrente, Vollwaisen- und Halbwaisenrente) haben können, vorhanden sind.

Mir ist bekannt, dass alle sonstigen Ansprüche nach der Satzung mit Ausnahme des Anspruches auf Sterbegeld dauernd ausgeschlossen sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmacht zum Altersrentenbezug

Nach § 13 Abs. 8 der Satzung besteht der Anspruch auf Altersrente bis zum Ablauf des Sterbemonats. Ich bevollmächtige hiermit das

**Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin**

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das diese überwiesen wurden. Die Vollmacht gilt auch über den Tod hinaus. Zur Überprüfung der Berechtigung zur Rückforderung ist das kontoführende Institut nicht verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Bei abweichendem Kontoinhaber:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber