

Mitgliedsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Altersrente

ab Regelaltersgrenze

Rentenbeginn ab _____

I. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name, Vorname des Ehepartners/
eingetragenen Lebenspartners: _____

Geburtsdatum: _____

2. Name der zuschussberechtigten Kinder (Kinderzuschuss)

bis zum 18. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

vom 18. bis zum 27. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

3. Kranken- und Pflegeversicherung:

a) Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

b) Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Meine Rentenversicherungsnummer:
(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?

ja (Bitte Nachweise beifügen) nein

Hinweis: Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

4. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

5. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja nein

von _____ bis _____ in _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

Die Rente aus der Grundversorgung der **Ärzteversorgung Niedersachsen** erhöht sich (§ 15 Abs. 9 ASO), wenn nachstehende Erklärung abgegeben wird (gilt nur für Ledige, Witwen/ Witwer - bitte Sterbeurkunden beifügen, Geschiedene und vor dem 01.07.1977 Geschiedene ohne Unterhaltsverpflichtung - bitte Scheidungsurteil beifügen):

Erklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass bei Beginn der Altersrente keine weiteren rentenbezugsberechtigten Personen vorhanden sind. Es ist mir bewusst, dass damit alle sonstigen Ansprüche nach der Alterssicherungsordnung mit Ausnahme des Anspruches auf Sterbegeld nach § 23 Alterssicherungsordnung dauernd ausgeschlossen sind.

Datum

Unterschrift