

Antrag auf Versichertenrente aus dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer:

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Frühere Namen

Geburtsdatum:

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

männlich weiblich

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

(Rentenversicherungsnummer)

Steueridentifikationsnummer:

Straße:

Wohnort:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Name der Ehefrau / des Ehemannes:

Name des eingetragenen Lebenspartners
/ der Lebenspartnerin:

(Gleichstellung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem LPartG)

Geburtsdatum Ehefrau / Ehemann
Lebenspartner / in (nach dem LPartG):

Datum der Eheschließung /
Eintragung der Lebenspartnerschaft
nach dem LPartG

2. Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	Regelaltersrente		
<input type="checkbox"/>	vorgezogene Altersrente zum	_____	(bitte Datum eintragen)
<input type="checkbox"/>	hinausgeschobene Altersrente zum	_____	(bitte Datum eintragen)

3. Zahlungsweg

Die Rente soll auf mein nachstehend genanntes Konto überwiesen werden:

Kreditinstitut (Name)

_____ | _____

BIC

DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____

IBAN

Mir ist bekannt, dass bei Zahlung auf ein Konto im Ausland die Gebühren zu meinen Lasten gehen.

4. Öffnungsklausel nach § 22 Einkommensteuergesetz (EStG)

Haben Sie ab Beginn der Mitgliedschaft im Versorgungswerk bis zum 31.12.2004 parallel für mehr als 10 Jahre Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja (bitte **Bescheinigung über die Öffnungsklausel** der Deutschen Rentenversicherung beifügen)

5. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt?

Name des Versicherungsträgers: _____

Anschrift des Versicherungsträgers: _____

Ausländische Versicherungsnummer: _____

Versicherungsverlauf bitte beifügen. _____

Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern).

6. Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung durchgeführt?

nein ja Falls Ja: Lebt der frühere Ehegatte noch?

Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten zum Unterhalt verpflichtet?

nein ja Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweise beifügen.

7. Erklärung zur Krankenversicherung der Rentner (KVDR)

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V. Buch obliegenden Meldepflichtung, dass ich wie folgt krankenversichert bin:

bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung (**Bitte Nachweis beifügen**)

bei folgender gesetzlichen Krankenkasse*)

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____
(Mitgliedsnummer)

Beziehen oder beantragen Sie die Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja

ja, beantragt zum: _____

nein

*) gesetzliche Krankenkassen sind: AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen, Knappschaft

8. Gesetzliche Pflegeversicherung

Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) gibt es beim Beitragssatz zur **sozialen Pflegeversicherung** Abstufungen für Mitglieder mit Kindern:

- Ich habe keine Kinder
- Ich habe Kinder (bitte weiter bei **Punkt 8.1**)

	Persönliche Situation	Allg. Beitragssatz der Pflegeversicherung	Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder
	Mitglieder ohne Kinder	3,4 %	0,6 %
1.	Mitglieder mit 1 Kind (unabhängig vom Alter)	3,4 %	entfällt
2.	Mitglieder mit 2 Kindern unter 25 Jahre	3,4 % mit Abschlag 0,25 %	entfällt
3.	Mitglieder mit 3 Kindern unter 25 Jahre	3,4 % mit Abschlag 0,50 %	entfällt
4.	Mitglieder mit 4 Kindern unter 25 Jahre	3,4 % mit Abschlag 0,75 %	entfällt
5.	Mitglieder mit 5 Kindern oder mehr unter 25 Jahre	3,4 % mit Abschlag 1,00 %	entfällt

Mitglieder mit mehreren Kindern werden ab dem 2. Kind bis zum 5. Kind in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet. Der Abschlag gilt bis zum Ende des Monats, in dem das Kind jeweils sein 25. Lebensjahr vollendet hat. Danach entfällt der Abschlag für diese Kinder.

8.1 Nachweis über Anzahl und Alter der Kinder erforderlich

Damit für Sie der richtige Beitragssatz zur Pflegeversicherung berücksichtigt werden kann, sind Sie verpflichtet, uns einen Nachweis in geeigneter Form über die Anzahl der Kinder und deren Alter zuzusenden.

Nachstehende Tabelle füllen Sie bitte entsprechend aus und legen eine Kopie des Nachweises Ihrer Elternschaft (z. B. **Geburtsurkunde**, Auszug aus dem Familienstammbuch, Vaterschaftsfeststellungsurkunde oder sonstige Nachweise) für jedes Kind bei.

	Vorname	Familienname	Geburtsdatum
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

9. Wird die zahnärztliche Tätigkeit spätestens zum Rentenbeginn aufgegeben?

ja

nein, die Aufgabe der Tätigkeit erfolgt zum _____

Platz für Bemerkungen zu Punkt 9:

10. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Als Leistungsempfänger verpflichte ich mich, dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflussen (z.B. Adressänderung oder Wegfall der Voraussetzung für die Gewährung einer Rente) und überzahlte Beträge zurückzugeben.

Als Kontoinhaber beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut auch mit Wirkung gegenüber den Erben, überzahlte Beträge zurückzuzahlen. Ich trete überzahlte Beträge an das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ab. Sofern das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die Anschrift meiner Rechtsnachfolger bzw. anderer über das Konto Verfügungsberechtigter mitzuteilen. Dieser Auftrag kann nur schriftlich vom Kontoinhaber widerrufen werden, nicht aber von Erben.

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

§ 202 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und diesen Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge unverzüglich mitzuteilen. **Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kas-
senwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.** Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers, deren Umfang und den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.