

Bitte senden Sie diesen Antrag vollständig
ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Teilnehmernummer

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Antrag auf Altersruhegeld ab: _____

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

E-Mail

Identifikationsnummer (vom Bundeszentralamt für Steuern)

Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer von der Rentenversicherung Bund)

Name und Geburtsdatum des Ehepartners

Ehescheidung mit Versorgungsausgleich:

ja

nein

wann _____

Drittschuldner:

ja

nein

wann _____

bitte wenden

Bestehen auch Rentenansprüche aus einem EU-Mitgliedsstaat oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk?

Ja nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ausfüllen (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen).

Land	Name des Versicherungsträgers	Rentenversicherungszeiten
------	-------------------------------	---------------------------

Land	Name des Versicherungsträgers	Rentenversicherungszeiten
------	-------------------------------	---------------------------

KONTODATEN:

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____

IBAN: _____

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

BITTE FÜGEN SIE DEM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI:

- Kopie beider Seiten des Personalausweises des Antragstellers
- Kopie der Geburtsurkunden **aller** Kinder (zum Nachweis für das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz)
- Anlage Krankenkasse
- Anlage Bank

Bei Kindern zwischen 18 und 27 Jahren, die sich in Ausbildung befinden:

- Nachweis über die Ausbildung (Schule/Universität/Ausbildungsbetrieb)
- Anlage Kinder

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE KRANKENKASSE

Teilnehmernummer

Wir sind verpflichtet, bereits beim Rentenantrag die zuständige Krankenkasse zu ermitteln. Auch aus den Versorgungsbezügen des Versorgungswerkes sind gegebenenfalls Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsbeiträge abzuführen.

Wir bitten um vollständige Angaben:

Krankenkasse:

BITTE ANKREUZEN:

Ich bin ...

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

familienversichert

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE KINDER

Teilnehmernummer

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Kind unter 27 Jahre alt ist und sich noch in Ausbildung befindet (Schule/Ausbildungsbetrieb/Fachschule/Universität).

Angaben zum Kind/Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE BANK

Teilnehmernummer

VOLLMACHT:

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

Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

überzahlte Leistungen von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers