

# 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:

Invalidenstr. 26

Wohnort:

19370 Parchim

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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Regelaltersrente

vorgezogene Altersrente zum \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)

hinausgeschobene Altersrente zum \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)

## 3. Zahlungsweg

Die Rente soll auf mein nachstehend genanntes Konto überwiesen werden:

Kreditinstitut (Name)

BIC

D E  
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. Pflegeversicherung

Durch das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung wird im Beitragsrecht der Beitragssatz zur **sozialen Pflegeversicherung** für kinderlose Mitglieder um 0,25 Beitragspunkte erhöht. Bereits der Nachweis eines Kindes führt dazu, dass für die beitragspflichtigen Elternteile ein Beitragszuschlag auf Dauer nicht zu erheben ist.

- Ich habe Kinder (bitte **Geburtsurkunde**, Auszug aus dem Familienstammbuch, Vaterschaftsfeststellungsurkunde oder sonstige Nachweise beifügen)
- Ich habe keine Kinder

## 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.