Mitgliedsnummer

						/			

§§ ohne Zusatz betreffen die Satzung

VERSORGUNGSWERK
DER RECHTSANWÄLTE
im Lande Nordrhein-Westfalen

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Lande Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 51 61
40042 Düsseldorf

Absender mit Anschrift

ANTRAG AUF ALTERSRENTE

☐ Ich beantrage gemäß § 17 Abs. 1 die Gewährung der Altersrente, beginnend mit dem Folgemonat nach Erreichen der Regelaltersgrenze. Die Rente soll überwiesen werden auf folgendes Konto:

IBAN _____ BIC _____

Institut _____ Kontoinhaber _____

Krankenversichert bin ich bei: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Meine Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer) lautet: _____
(z. B. 53 120345 A 123)

Meine persönliche Identifikationsnummer lautet: _____
(wurde vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilt)

Ich habe in einem anderen Land der EG/EWR

☐ Beitragszeiten zurückgelegt, und zwar in: _____ Zeitraum: _____

☐ Wohnzeiten zurückgelegt, und zwar in: _____ Zeitraum: _____

☐ Zu dieser Altersrente beantrage ich ergänzend die Gewährung eines Zuschlags von 20 % gemäß § 17 Abs. 5.

Hierzu versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich bei Beginn der Altersrente keinen Ehepartner bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes habe. Als Beleg füge ich eine Bescheinigung des Einwohnermeldeamtes bei, aus welcher sich der Familienstand ergibt. Ebenfalls habe ich keine Kinder unter 18 Jahren und/oder keine Kinder zwischen 18 und 27 Jahren, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden. Ich beziehe keine Berufsunfähigkeitsrente vom Versorgungswerk und habe auch keine bezogen. Mir ist bekannt, dass mit Gewährung des Zuschlages alle sonstigen Ansprüche nach der Satzung, mit Ausnahme des Anspruchs auf Sterbegeld, dauernd ausgeschlossen sind.

Hiermit beantrage ich gemäß § 17 Abs. 3 den Aufschub der Altersrente, längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Spätestens im Monat vor Beginn des gewünschten Renteneintritts werde ich den Rentenantrag stellen.

Bis zum Renteneintritt werde ich nach Erreichen der Regelaltersgrenze

☐ meine monatliche Beitragszahlung fortsetzen. ☐ keinen weiteren Beitrag entrichten.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____