BWVA

BADEN-WÜRTTEMBERGISCHE
VERSORGUNGSANSTALT
FÜR ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND TIERÄRZTE

Baden-Württembergische Versorgungsanstalt
für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte
Postfach 26 49
72016 Tübingen

Antrag auf Altersruhegeld

Persönliche Daten
Name, Vorname
Straße / Postfach, Nr.
Postleitzahl, Wohnort
Geburtsdatum
Verwaltungsnummer
Persönliche Steueridentifikationsnummer (nicht Steuernummer) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Antrag auf vorgezogenes/reguläres/hinausgeschobenes Altersruhegeld

Ich beantrage, mir ab 01. __ __ . __ __ __ __

- ☐ vorgezogenes
- ☐ reguläres
- ☐ hinausgeschobenes

Altersruhegeld zu gewähren.

Eine Kopie aus dem Familienbuch oder eine Kopie der Geburtsurkunde habe ich beigelegt.

Ich habe noch _____ zuschlagsberechtigte Kinder, für die die unten aufgeführten Bescheinigungen, Ausbildungsnachweise und Erklärungen zusätzlich beigefügt sind.

Berufsausübung/ Berufsaufgabe (zutreffendes bitte ankreuzen):	
☐	Die Ausübung des Berufes habe ich auf Dauer und vollständig zum __ __ . __ __ . __ __ __ __ aufgegeben **(Bei Antrag auf vorgezogenes Altersruhegeld: Bitte Nachweis beifügen)**
☐	Ich werde weiterhin meinen Beruf ausüben **(im Falle von vorgezogenem Altersruhegeld nur als Teilrente möglich, bitte unten ankreuzen)**

Teilrente					
Ich beantrage Teilrente von:					
☐	30 %	☐	50 %	☐	70 %

Die Leistungen sollen an folgende Bankverbindung überwiesen werden:
Bankinstitut
IBAN
BIC/ Swift-Code

Persönliche Daten des Kindes (bei Anspruch auf Kinderzuschlag)
Name, Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes

Ausbildungsart des Kindes	
☐	Schulausbildung an Hauptschule/Realschule/Gymnasium/Fachschule (eine aktuelle Schulbescheinigung für das laufende Schuljahr ist beigefügt)
☐	Hochschulausbildung im Fach: _____ (eine aktuelle Studienbescheinigung für das laufende Semester ist beigefügt)
☐	Berufsausbildung als: _____ (ein aktueller Nachweis der Ausbildungsstätte ist beigefügt)

Sofern für weitere Kinder ein Anspruch auf Kinderzuschlag besteht, bitten wir Sie um die entsprechenden Angaben.

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung (bitte zutreffendes ankreuzen)	
☐	Ich bin gesetzlich kranken- und pflegeversichert bei _____ (z. B. AOK, DAK, BKK, IKK) Postanschrift: _____ **Bitte unbedingt angeben:** Name und Vorname aller Kinder (auch Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder) unter Beifügung einer Kopie der Geburtsurkunde. (diese Angabe entfällt, sofern Sie vor dem 01.01.1940 geboren wurden) **Versichertennummer Krankenversicherung:** _____ **Sozialversicherungsnumme**r **Deutsche Rentenversicherung**: _____
☐	Ich bin privat kranken- und pflegeversichert bei _____ (z. B. Allianz, Debeka, HUK Coburg)

Anrechnung von Versicherungszeiten

Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland unterliegen seit 01.01.2005 dem zwischenstaatlichen Verfahren nach dem Europarecht. Ziel dieser Verordnung ist unter anderem, sicherzustellen, dass für die Gewährung einer nationalen Rente zu erfüllende Wartezeiten auch durch Versicherungs-, Beitrags- oder Wohnzeiten in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder im gleichen Staat durch einen anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen in Deutschland) erfüllt sein können.

Um sicherzustellen, dass Ihnen keine Zeiten verlorengehen, bitten wir Sie, dringend und gewissenhaft nachfolgende Angaben zu machen. Bitte beachten Sie, dass die Nichtrück-sendung des Formblatts zu einem fehlerhaften Leistungsbescheid führen kann. Nach § 33 der Satzung verjähren Ansprüche auf Versorgungsleistungen in zwei Jahren.

1. Hat der/die Teilnehmer/in der Versorgungsanstalt Beiträge zu einem Versicherungsträger (inklusive berufsständischer Versorgungswerke) in einem unten aufgeführten Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

☐ Nein ☐ Ja

Versicherungsträger/ Versicherungssystem: _____

vom: _____ bis: _____ Staat: _____

Versicherungsnummer/ Aktenzeichen und Adresse des Versorgungsträgers:

_____

Versicherungsträger/ Versorgungssystem: _____

vom: _____ bis: _____ Staat: _____

Versicherungsnummer/ Aktenzeichen und Adresse des Versorgungsträgers:

_____

2. Hat sich der/die Teilnehmer/in der Versorgungsanstalt nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen,Schweden, Schweiz?

☐ Nein ☐ Ja

vom: _____ bis: _____ Staat:

3. Falls Sie die Ziffern 1 und/ oder 2 mit 'Ja' beantwortet haben: Hat der/die Teilnehmer/in der Versorgungsanstalt auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

☐ Nein ☐ Ja

vom: _____ bis: _____

Versicherungsträger/ Versorgungssystem (z.B. Deutsche Rentenversicherung)

_____

Versicherungsnummer/ Aktenzeichen

_____

4. Hat der/dieTeilnehmer/in der Versorgungsanstalt auch Zeiten in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung in Deutschland als der Versorgungsanstalt zurückgelegt?

☐ Nein ☐ Ja

vom: _____ bis: _____

berufsständische Versorgungseinrichtung

_____

Mitgliedsnummer

_____

Folgende Unterlagen sind beigefügt:	
☐	Kopie des Familienbuchauszug bzw. Geburtsurkunde (unbedingt notwendig)
☐	Nachweis über Berufsaufgabe
☐	Kopie Geburtsurkunde der Kinder
☐	Lebensbescheinigung der minderjährigen Kinder
☐	Schul- oder Berufsausbildungsnachweis(e)
☐	Schwerbehindertenausweis des Kindes

Ich erteile Ihnen hiermit eine Einzugsermächtigung über meinen Tod hinaus für an mich überzahlte Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben richtig und vollständig sind. Änderungen der oben angegebenen Verhältnisse (z. B. Beendigung/ Unterbrechung der Ausbildung) werde ich der Versorgungsanstalt unverzüglich mitteilen.

Ihre Daten werden nur erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Wahrnehmung der Aufgaben der Versorgungsanstalt erforderlich ist. Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren Daten und Rechten im Internet unter www.bwva.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne zu.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift