

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.

Einen beglaubigten Auszug aus dem Familienbuch oder eine beglaubigte Kopie bzw. das Original der Geburtsurkunde habe ich beigelegt.

Ich habe noch \_\_\_\_\_ zuschlagsberechtigte Kinder, für die die unten aufgeführten Bescheinigungen, Ausbildungsnachweise und Erklärungen zusätzlich beigelegt sind.

**Berufsausübung/ Berufsaufgabe (zutreffendes bitte ankreuzen):**

<input type="checkbox"/>	Die Ausübung des Berufes habe ich auf Dauer und vollständig zum ____ . ____ . _____ aufgegeben (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/>	Ich werde weiterhin meinen Beruf ausüben (im Falle von vorgezogenem Altersruhegeld nur als Teilrente möglich, bitte unten ankreuzen)

**Teilrente**

Ich beantrage Teilrente von:

<input type="checkbox"/>	30 %	<input type="checkbox"/>	50 %	<input type="checkbox"/>	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)	
	<p>Ich bin gesetzlich kranken- und pflegeversichert bei _____ (z.B. AOK, DAK, BKK, IKK) Postanschrift: _____</p> <p>Name und Vorname aller Kinder (auch Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder) unter Beifügung der Geburtsurkunde. (diese Angabe entfällt, sofern Sie vor dem 01.01.1940 geboren wurden)</p> <p><b>Bitte unbedingt angeben:</b></p> <p><b>Versichertennummer Krankenversicherung:</b> _____</p> <p><b>Sozialversicherungsnummer Deutsche Rentenversicherung:</b> _____</p>
	<p>Ich bin privat kranken- und pflegeversichert bei _____ (z.B. Allianz, Debeka, HUK Coburg)</p>

## 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 verlorengelassen, 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/die Teilnehmer/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:**

	Familienbuchauszug bzw. Geburtsurkunde (unbedingt notwendig)
	Nachweis über Berufsaufgabe
	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](http://www.bwva.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift