

## Altersrente

§ 28 Abs. 1 Satzung der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung (STApV-Satzung)

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

### 1. Personenbezogene Daten des Mitglieds

(Bitte Geburtsurkunde oder Personalausweis (Vorder- und Rückseite) in Kopie beifügen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillig) \_\_\_\_\_

E-Mailadresse (freiwillig) \_\_\_\_\_

Persönliche Steuer-ID \_\_\_\_\_

### 2. Personenbezogene Daten von Familienangehörigen

a) Angaben zum Ehegatten (freiwillig)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Tag der Eheschließung \_\_\_\_\_





## Versorgungsleistungen

Anlage zu den Anträgen – Klärung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung

Die Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung ist verpflichtet, die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln (§ 202 S. 1 SGB V). Diesen selbst trifft die Pflicht, dem Versorgungswerk seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen (§ 202 S. 3 SGB V). Die Krankenkasse wird prüfen, ob Beitragspflicht zur Krankenversicherung besteht.

Wir bitten Sie daher, die erbetenen Angaben zu machen. Diese Anlage ist dem Antrag auf Versorgungsleistungen beizufügen.

## Meldepflichten des Antragsstellers

Personenbezogene Angaben des Antragstellers und Angaben zur Krankenkasse

Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Familienstand

\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer

\_\_\_\_\_

Mitglied seit

\_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

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

den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. eines Vertretungsberechtigten  
unter Nachweis der Vertretungsbefugnis



## Versorgungsleistungen

Anlage zu den Anträgen – Vollmacht zum Rentenbezug

Name

---

Vorname

---

Ggf. abweichender Kontoinhaber

---

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf die Versorgungsleistung satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats des Leistungsempfängers besteht, bevollmächtige ich hiermit die

**Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung, Pillnitzer Landstraße 10, 01326 Dresden,**

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

\_\_\_\_\_, den

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. eines Vertretungsberechtigten  
unter Nachweis der Vertretungsbefugnis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (nur bei Abweichung zum Antragsteller)