

Vorgezogene Altersrente

§ 28 Abs. 2 Satzung der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung (STApV-Satzung)

Mitgliedsnummer

Ich beantrage ab

vorgezogene Altersrente.

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)