Antragsvordruck
Altersrente

WPV
VERSORGUNGSWERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER
UND DER VEREIDIGTEN BUCHPRÜFER
IM LANDE NORDRHEIN-WESTFALEN | KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Personenbezogene Angaben

Name, Vorname: _____

Mitgliedsnummer: |__|__|__|__|__|__|

Geburtsdatum: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

Steuer-Identifikationsnummer (§ 139b AO): |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Rentenversicherungsnummer: |__|__| |__|__|__|__|__|__| |__| |__|__|__|

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Krankenversicherung

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung (keine weiteren Angaben erforderlich).

☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (gilt auch für freiwillige Mitglieder).

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer Krankenkasse: _____

Für die Höhe des an die Pflegekasse abzuführenden Pflegeversicherungsbeitrages benötigen wir folgende Angaben. Ich habe:

☐ leibliche Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde von allen Kindern beifügen).

☐ adoptierte/Stiefkinder (bitte entsprechenden Nachweis beifügen; ggf. telefonische Rücksprache).

☐ keine Kinder.

Berufliche Tätigkeit im Ausland

☐ Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten (keine weiteren Angaben erforderlich).

☐ Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt. Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

vom: _____ bis: _____

Versicherungsträger/Versorgungssystem: _____

Staat: _____

Versicherungsnummer/Aktenzeichen: _____

☐ Ich habe mich nach Vollendung meines 15. Lebensjahres in Dänemark, Griechenland oder den Niederlanden bzw. nach Vollendung meines 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz.

vom: _____ bis: _____

Staat: _____

☐ Ich habe auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt.

vom: _____ bis: _____

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft):

_____

Rentenbeginn

Die Rente soll ab (gewünschter Rentenbeginn) |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| gezahlt werden.

☐ Ich werde meine berufliche Tätigkeit mit Rentenbeginn einstellen.

☐ Ich werde meine berufliche Tätigkeit während des Bezugs der Altersrente fortsetzen.

Ich bin:

☐ nicht sozialversicherungspflichtig tätig (z.B. als Selbständiger).

☐ sozialversicherungspflichtig tätig (z.B. als Angestellter).

Zahlungsdaten

Bankverbindung für die Überweisung der Rente:

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Verfügungsermächtigung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die vom WPV nach meinem Tode – und damit ohne Rechtsgrund – auf mein Konto überwiesen werden, an das WPV zurückzuzahlen.

Mein Geldinstitut ist ebenfalls ermächtigt, für den Fall meines Todes Namen und Anschrift derjenigen, die zum Zeitpunkt meines Todes über mein Konto verfügt haben, zu benennen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift