

5.) Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

Kreditinstitut und Anschrift: _____

Genau Bezeichnung der/des Kontoinhaber(in): _____

IBAN:

(immer **22-stellig** in Deutschland)

SWIFT-BIC: (bis zu **11** alphanumerische Zeichen)

6.) Krankenversicherung:

a) Ich bin privat versichert: ja nein

Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung: _____

b) Ich bin gesetzlich versichert: ja freiwillig, bei einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse: _____

Versichertennummer bei der Krankenkasse (KVNR): _____

Betriebsnummer der gesetzlichen Krankenkasse:

c) Rentenversicherungsnummer DRV Bund (VSNR):

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben nach bestem Wissen.

 (Ort/Datum)

 (Unterschrift)

Hinweis:

Zur Beantragung des sog. Ledigenzuschlags verwenden Sie bitte das anliegende Formular.

Mitgliedsnummer: _____

Antrag auf Zuschlag zur Altersrente gem. § 12 Abs. 7 der Satzung (sog. Ledigenzuschlag) und Erklärung

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Hiermit beantrage ich den Zuschlag zur Altersrente gem. § 12 Abs. 7 (ggf. i.V.m. § 53 Abs. 2 S. 1) der Satzung und erkläre verbindlich, dass **bei Beginn meiner Altersrente** gem. § 12 Abs. 4 der Satzung, **keine sonstigen** rentenbezugsberechtigten Personen **vorhanden sind, d.h. Personen wie unter Punkt 2.) und 3.) a) und b) aufgeführt,** und ich keine Berufsunfähigkeitsrente bezog oder beziehe.
- Hiermit beantrage ich den Zuschlag zur Altersrente gem. § 12 Abs. 7 (ggf. i.V.m. § 53 Abs. 2 S. 1) der Satzung und erkläre verbindlich, dass **bei Beginn meiner Altersrente** gem. § 12 Abs. 4 der Satzung, **alle sonstigen** rentenbezugsberechtigten Personen keine Leistungsansprüche erhalten sollen, **d.h. Personen wie unter Punkt 2.) und 3.) a) und b) aufgeführt,** und ich keine Berufsunfähigkeitsrente bezog oder beziehe.

Es ist mir bewusst, dass mit der Zahlung der ersten erhöhten Altersrente alle sonstigen Ansprüche nach der Satzung, **dauernd ausgeschlossen sind.**

(Ort/Datum)

(Unterschrift)