

Steuerberaterversorgungswerk
Schleswig-Holstein
-K. d. ö. R.-
Hopfenstraße 2 d
24114 Kiel

Mitgliedsnummer

						/	1	1
--	--	--	--	--	--	---	---	---

Antrag auf Gewährung einer Versorgungsausgleichsrente

Gem. § 25 der Satzung des Versorgungswerks der Steuerberaterinnen und Steuerberater im Land Schleswig-Holstein mache ich hinsichtlich der Gewährung einer Versorgungsausgleichsrente folgende Angaben:

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) Antragsteller/in		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße/ggf. Postfach)		tagsüber telefonisch erreichbar unter	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax	
Steueridentifikationsnummer			
Sozialversicherungsnummer			

B. Rentenanspruch

Ich beantrage die Gewährung einer Versorgungsausgleichsrente (**Regelrenteneintrittsalter**).

Ich beantrage die Versorgungsausgleichsrente **vor** Vollendung des Regelrenteneintrittsalters in Anspruch zu nehmen und zwar mit Vollendung des

____ . Lebensjahres zu einem sonstigen Zeitpunkt und zwar _____ .

Mir ist bekannt, dass die Minderung der Rente 0,5 % für jeden Monat beträgt, für den ich die Rente früher als vor Vollendung des Regelrenteneintrittsalters in Anspruch nehme.

Ich beantrage die Versorgungsausgleichsrente **nach** Vollendung des Regelrenteneintrittsalters in Anspruch zu nehmen und zwar mit Vollendung des

____ . Lebensjahres zu einem sonstigen Zeitpunkts und zwar _____ .

C. Zahlungsweg

Die Rente soll auf mein Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber (Name, Vorname, Anschrift)		<input type="checkbox"/> wie oben
IBAN		
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
BIC		Bei (Bezeichnung des Kreditinstituts)

Wird die Überweisung auf das Konto einer Vertrauensperson gewünscht, bitte Namen, Anschrift und deren Bankverbindung angeben.

D. Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Krankenversicherung
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)
Versicherungsnummer

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert. Eine Bescheinigung meiner Krankenversicherung füge ich bei.

Ich bin privat krankenversichert. Eine Bescheinigung meiner privaten Krankenversicherung füge ich bei.

Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben. Mit ist bekannt, dass meine Daten im automatisierten Verfahren gespeichert werden.

Ort und Datum

Unterschrift