A						
A III	rag auf Altersrente	☐ ab Regelaltersgrenze ☐ Rentenbeginn ab				
l .	Personalien					
	Name:	Vorname:				
	Geburtsname:	Familienstand:				
	Geburtsdatum:	Geburtsort:				
	Anschrift:					
	Telefon:					
	Name, Vorname des Ehepartners/ eingetragenen Lebenspartners:					
	Geburtsdatum:					
2.	Name der zuschussberechtigten k	Kinder (Kinderzuschuss)				
2.		Kinder (Kinderzuschuss)				
2.	Name der zuschussberechtigten k	ach ann				
2.	Name der zuschussberechtigten k bis zum 18. Lebensjahr					
!.	Name der zuschussberechtigten könne bis zum 18. Lebensjahr Name:	geb. am:				
2.	Name der zuschussberechtigten kennen bis zum 18. Lebensjahr Name:	geb. am: geb. am:				
2.	Name der zuschussberechtigten k bis zum 18. Lebensjahr Name: Name: vom 18. bis zum 27. Lebensjahr	geb. am: geb. am:				
2.	Name der zuschussberechtigten k bis zum 18. Lebensjahr Name: Name: vom 18. bis zum 27. Lebensjahr	geb. am: geb. am: geb. am:				

3.	Kranken- und Pflegeversiche	erung:		
	☐ Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung			
	Name der privaten Krankenversicherung:			
	Versicherungsnummer:			
	☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse			
	Name der gesetzlichen Krankenkasse:			
	Anschrift:			
	Meine Rentenversicherungsnummer: _ _ _ _ _ _ (kann bei der Krankenkasse erfragt werden)			
	Haben Sie leibliche, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?			
	☐ ja	nein		
	Hinweis: Wenn ja, zahlen Sie	einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.		
4				
4.	_	nrechnung der Kinderbetreuungszeiten:		
	∐ ja	nein		
	Name, Vorname des Kindes			
	Geburtsdatum:			
	Beginn Mutterschutzfrist/Betr	euung:		
	ggf. Sterbedatum:			
	Name, Vorname des Kindes			
	Geburtsdatum:			
	Beginn Mutterschutzfrist/Betr	euung:		
	ggf. Sterbedatum:			
5.	Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?			
	□ja	nein		
	von	_ bis		
	Versicherungs-/Mitgliedsnummer:			
	Name des Rentenversicherungsträgers:			
	Anschrift:			

6.	Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt? Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:					
	□ ja □	nein				
	von bis	in				
	Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer				
	Name des Rentenversicherungsträgers:					
	Anschrift:					
7.	Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?					
	ja, am	nein				
8.		Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?				
	☐ ja, ab	nein				
	Art der Leistung:					
9.	Bankverbindung					
	IBAN: _					
	BIC: (8 oder 11 Stellen)					
	Kontoinhaber (falls abweichend):					
10.	Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom deszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:					
	Identifikationsnummer: _ _					

11. Erforderliche Unterlagen:

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)

für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder
- Nachweis, dass das Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand anhält (ärztl. Unterlagen, Schwerbehindertenausweis).

Ich ermächtige das Versorgungswerk, Versorgungsleistungen, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, von meinem Konto zurückzurufen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.					
 Datum	Unterschrift				