Antrag auf vorgezogenes Altersruhegeld

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

Hinweis:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Das Altersruhegeld soll ab dem _____ gewährt werden.

1. Angaben zur Person

Familienname		Vorname (Rufname)
Geburtsname (wenn abweichend)	Geschlecht ☐ weiblich ☐ divers ☐ männlich	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ _____
Geburtsdatum **bitte Kopie Geburtsurkunde beilegen**		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Land	Steueridentifikationsnummer (**11-stellige** Steuer-ID)	
Telefonnummer (Angabe freiwillig)		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

2. Sonstige Versicherungszeiten

Haben Sie Versicherungs- oder Wohnzeiten in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) bzw. des Vereinigten Königreiches Großbritannien oder Nordirland oder in einer anderen inländischen Versorgungseinrichtung zurückgelegt (Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung bleiben unberücksichtigt)?

☐ **ja,** bitte beiliegendes Zusatzblatt (Sonstige Versicherungszeiten) ausfüllen ☐ **nein**

3. Bankverbindung für die Überweisung des Versorgungsbezuges

IBAN		
BIC* (*bei Auslandsüberweisungen anzugeben)		
Kontonummer* (*bei Überweisung außerhalb der EU anzugeben)		
Kreditinstitut		
Kontoinhaber/in	Familienname	Vorname (Rufname)

4. Leibliche Kinder und/oder angenommene Kinder

4.1 Haben Sie leibliche und/oder angenommene Kinder?

☐ **nein** ☐ **ja,** bitte unter 4.2 weiter

4.2 Angaben Kinder

Bei Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung zum Nachweis der Elterneigenschaft für den Pflegeversicherungsbeitragssatz:

Bei Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres: Bitte Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder oder entsprechende Nachweise (siehe Anlage: Hinweisblatt für Kinder) beilegen.

Bei Kindern nach der Vollendung des 25. Lebensjahres: Bitte Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes oder entsprechende Nachweise (siehe Anlage: Hinweisblatt für Kinder) beilegen.

Für die Gewährung eines Kinderzuschusses:

Bei Kindern bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres: Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n als Nachweis beilegen.

Bei Kindern zwischen der Vollendung des 21. und 27. Lebensjahres, die sich in Ausbildung befinden bzw. dauernd erwerbsunfähig sind: Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n als Nachweis und zusätzlich entsprechende Nachweise über die Ausbildung/Erwerbsunfähigkeit in Kopie beilegen.

Familienname	Geburtsdatum	☐ in Ausbildung
Vorname (Rufname)		☐ dauernd erwerbsunfähig
Familienname	Geburtsdatum	☐ in Ausbildung
Vorname (Rufname)		☐ dauernd erwerbsunfähig
Familienname	Geburtsdatum	☐ in Ausbildung
Vorname (Rufname)		☐ dauernd erwerbsunfähig
Familienname	Geburtsdatum	☐ in Ausbildung
Vorname (Rufname)		☐ dauernd erwerbsunfähig

5. Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.

Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

Ort, Datum	Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)

Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	Mitgliedsnummer Familienname Vorname (Rufname)

Zusatzblatt Sonstige Versicherungszeiten

1. Sonstige Versicherungszeiten

Versicherungs- oder Wohnzeiten in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie des Vereinigten Königreiches Großbritannien und Nordirland des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen

☐ **nein,** weiter bei Pkt. 3 ☐ **ja**

wenn ja, hatten Sie, bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung, hatte der/die Verstorbene Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund, Knappschaft)

☐ **nein,** weiter bei Pkt. 2 ☐ **ja**

wenn ja, bitte ausfüllen:

Rentenversicherungsträger	Versicherungsnummer/Aktenzeichen
von	bis

2. Angaben zu dem sozialen Sicherungssystem

Name Versorgungseinrichtung	Anschrift Versorgungseinrichtung
Versicherungsnummer	
von	bis
Name Versorgungseinrichtung	Anschrift Versorgungseinrichtung
Versicherungsnummer	
von	bis
Name Versorgungseinrichtung	Anschrift Versorgungseinrichtung
Versicherungsnummer	
von	bis

3. Angaben zu den Versorgungswerken

Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen inländischen Versorgungseinrichtungen des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen

☐ **nein** ☐ **ja,** bitte ausfüllen:

Versorgungswerk	Mitgliedsnummer
von	bis
Versorgungswerk	Mitgliedsnummer
von	bis
Versorgungswerk	Mitgliedsnummer
von	bis

4. Einverständniserklärung

Ich habe bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung der/die Verstorbene hatte in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes bzw. des Vereinigten Königreiches Großbritannien oder Nordirland Versicherungs- oder Wohnzeiten zurückgelegt und erkläre mein Einverständnis gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht

- zur Weitergabe der von mir eingereichten Antragsunterlagen sowie der vorliegenden medizinischen Unterlagen an die bzw.
- zur Anforderung von medizinischen Unterlagen von den

beteiligten/bearbeitenden Träger/n im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bzw. im Vereinigten Königreich Großbritannien oder Nordirland bzw. beteiligten/bearbeitenden Versorgungseinrichtungen.

Ort, Datum	Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)

Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

Familienname

Vorname (Rufname)

Ermittlung der Krankenkasse des Versorgungsberechtigten

(Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden, damit sich die Auszahlung der Versorgungsbezüge nicht wegen der ungeklärten Krankenkassenzugehörigkeit verzögert.)

1. Allgemeine Hinweise

Die Daten werden aufgrund von § 202 SGB V erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist als Zahlstelle von Versorgungsbezügen vom Gesetzgeber verpflichtet worden, die für den Versorgungsempfänger zuständige Krankenkasse zu ermitteln (§ 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V), damit diese prüfen kann, ob eine Pflicht zur Abführung von Beiträgen an die Krankenkasse aus den Versorgungsbezügen besteht.

Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn der Versorgungsempfänger einer gesetzlichen Krankenkasse angehört.

Fragen zur Beitragspflicht und zur Höhe der durch die Sächsische Ärzteversorgung abzuführenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge richten Sie bitte grundsätzlich zuständigkeitshalber an Ihre Krankenkasse.

Nach § 202 Absatz 1 Satz 3 SGB V hat der Versorgungsempfänger der Zahlstelle (Sächsische Ärzteversorgung) seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel **umgehend** anzuzeigen.

Bei gesetzlich Pflichtversicherten führt die Sächsische Ärzteversorgung in Anlehnung an § 241 und § 242 SGB V den allgemeinen Beitragssatz und den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz aus den Versorgungsleistungen an die Krankenkassen ab.

Änderungen in der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes sind gemäß § 248 SGB V erst nach zwei Monaten bei der Berechnung des Krankenkassenbeitrages aus Versorgungsbezügen zu berücksichtigen.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wird ab 01.07.2023 der Beitragssatz zur Pflegeversicherung nach der Kinderanzahl differenziert. Für Kinderlose ist entsprechend § 55 Absatz 3 SGB XI der Beitragssatz um 0,60 Prozentpunkte zu erhöhen. Bei Versorgungsempfängern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der Beitragssatz entsprechend § 55 Absatz 3 SGB XI.

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung sieht keinen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. Dies betrifft sowohl die gesetzlich krankenversicherten als auch die privat versicherten Ruhegeldbezieher.

2. Hinweis für versorgungsberechtigte Waisen

Durch das „E-Health-Gesetz" sind gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V versorgungsberechtigte Waisen berufsständischer Versorgungseinrichtungen und der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist als Zahlstelle des Waisengeldes verpflichtet, die Beantragung der Zahlung eines Waisengeldes an die gesetzlichen Krankenkassen zu melden. Ist die Waise noch nie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen, ist in Erfüllung der Meldepflicht eine gesetzliche Krankenkasse auszuwählen und anzuschreiben, um die Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V sicherzustellen.

3. Versorgungsberechtigter Antragsteller

Familienname	Zuständige Krankenkasse
Vorname (Rufname)	Anschrift der Krankenkasse
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer DRV Bund	

4. Versorgungsberechtigte Waisen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; nur bei Hinterbliebenenversorgung)

Familienname	Zuständige Krankenkasse
Vorname (Rufname)	Anschrift der Krankenkasse
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer DRV Bund	
Familienname	Zuständige Krankenkasse
Vorname (Rufname)	Anschrift der Krankenkasse
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer DRV Bund	
Familienname	Zuständige Krankenkasse
Vorname (Rufname)	Anschrift der Krankenkasse
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer DRV Bund	
Familienname	Zuständige Krankenkasse
Vorname (Rufname)	Anschrift der Krankenkasse
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer DRV Bund	

Sind Sie nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bitten wir Sie um folgende Erklärung:

☐ Ich bin **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

☐ Die versorgungsberechtigten Waisen sind **nicht** in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Für den Fall, dass ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin, erkläre ich mich einverstanden, dass die Sächsische Ärzteversorgung bis zur endgültigen Klärung meiner Versicherungspflicht Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von meinen Versorgungsbezügen einbehält. Dies gilt nicht, wenn ich meinem Antrag eine schriftliche Bestätigung meiner Krankenversicherung über meine freiwillige Versicherung ab Beginn des Versorgungsbezuges beifüge. Nach dem Vorliegen entsprechender Nachweise werden zu viel einbehaltene Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und habe zur Kenntnis genommen, dass ich verpflichtet bin, der Sächsischen Ärzteversorgung einen Wechsel der Krankenkasse umgehend anzuzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)

Hinweisblatt für Kinder

1. Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern

Als Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern (im ersten Grad mit dem Kind verwandt) kommen wahlweise in Betracht:

- Geburtsurkunde bzw. internationale Geburtsurkunde („Mehrsprachige Auszüge aus Personenstandsbüchern")
- Abstammungsurkunde (wird für einen bestimmten Menschen an seinem Geburtsort geführt)
- Auszug aus dem Geburtenbuch des Standesamtes
- Auszug aus dem Familienbuch/Familienstammbuch
- steuerliche Lebensbescheinigung des Einwohnermeldeamtes (Bescheinigung wird ausgestellt, wenn der Steuerpflichtige für ein Kind, das nicht bei ihm gemeldet ist, einen halben Kinderfreibetrag auf seiner Lohnsteuerkarte eintragen lassen möchte: Er muss hierfür nachweisen, dass er im ersten Grad mit dem Kind verwandt ist, z. B. durch Vorlage einer Geburtsurkunde).
- Vaterschaftsanerkennungs- und Vaterschaftsfeststellungsurkunde
- Adoptionsurkunde
- Kindergeldbescheid der Bundesagentur für Arbeit (BA) – Familienkasse – (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Empfängern von Versorgungsbezügen die Bezüge- oder Gehaltsmitteilung der mit der Bezügefestsetzung bzw. Gehaltszahlung befassten Stelle des jeweiligen öffentlich-rechtlichen Arbeitgebers bzw. Dienstherrn)
- Kontoauszug, aus dem sich die Auszahlung des Kindergeldes durch die BA – Familienkasse – ergibt (aus dem Auszug ist die Höhe des überwiesenen Betrages, die Kindergeldnummer sowie in der Regel der Zeitraum, für den der Betrag bestimmt ist, zu ersehen)
- Erziehungsgeldbescheid
- Bescheinigung über Bezug von Mutterschaftsgeld
- Nachweis der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG)
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)
- Sterbeurkunde des Kindes
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

2. Nachweise bei Stiefeltern

Als Nachweise bei Stiefeltern (Eltern im Sinne des § 56 Absatz 3 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Nr. 1 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Heiratsurkunde bzw. Nachweis über die Eintragung einer Lebenspartnerschaft und eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle, dass das Kind als wohnhaft im Haushalt des Stiefvaters oder der Stiefmutter gemeldet ist oder war (vgl. Haushaltsbescheinigung oder Familienstandsbescheinigung für die Gewährung von Kindergeld – Vordrucke der BA zur Erklärung über die Haushaltszugehörigkeit von Kindern und für Arbeitnehmer, deren Kinder im Inland wohnen)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

3. Nachweise bei Pflegeeltern

Als Nachweise bei Pflegeeltern (Eltern im Sinne des § 56 Absatz 3 Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 2 Nr. 2 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle und Nachweis des Jugendamtes über „Vollzeitpflege" nach § 27 in Verbindung mit § 33 SGB VIII (z. B. Pflegevertrag zwischen Jugendamt und Pflegeeltern, Bescheid über Leistungsgewährung gegenüber den Personensorgeberechtigten oder Bescheinigung des Jugendamtes über Pflegeverhältnis; das Pflegeverhältnis muss auf längere Dauer angelegt oder angelegt gewesen sein und es muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder bestanden haben; Tagespflegeeltern fallen nicht unter den Begriff der Pflegeeltern; ein Pflegekindverhältnis ist nicht anzunehmen, wenn ein Mann mit seiner Lebensgefährtin und deren Kindern oder eine Frau mit ihrem Lebensgefährten und dessen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt – Berücksichtigung nur bei Vorliegen der Stiefelterneigenschaft)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	Mitgliedsnummer **Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Vollmacht zum Versorgungsbezug

1. Angaben zur antragstellenden Person

Familienname	Vorname (Rufname)
Titel	

2. Vollmacht

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Versorgungsleistungen satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die

Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr.-Külz-Ring 10

01067 Dresden

überzahlte Versorgungsleistungen von dem Konto zurückzufordern, 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.

Ort, Datum	**Eigenhändige** Unterschrift des Kontoinhabenden