

Bitte senden Sie diesen Antrag vollständig  
ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

Versorgungswerk  
der Architektenkammer Sachsen  
Gustav-Adolf-Straße 2  
01219 Dresden

\_\_\_\_\_  
Teilnehmernummer

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Posteingang beim VW

**Antrag auf Altersruhegeld ab:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Identifikationsnummer (vom Bundeszentralamt für Steuern)

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer von der Rentenversicherung Bund)

\_\_\_\_\_  
Name und Geburtsdatum des Ehepartners

Ehescheidung mit Versorgungsausgleich:

ja

nein

wann \_\_\_\_\_

Drittschuldner:

ja

nein

wann \_\_\_\_\_

**bitte wenden**

Bestehen auch Rentenansprüche aus einem EU-Mitgliedsstaat oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk?

Ja                      nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ausfüllen (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen).

---

Land	Name des Versicherungsträgers	Rentenversicherungszeiten
------	-------------------------------	---------------------------

---

Land	Name des Versicherungsträgers	Rentenversicherungszeiten
------	-------------------------------	---------------------------

**KONTODATEN:**

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

---

Name des Kontoinhabers

---

Kreditinstitut (Name)

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers

**BITTE FÜGEN SIE DEM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI:**

- Kopie beider Seiten des Personalausweises des Antragstellers
- Kopie der Geburtsurkunden **aller** Kinder (zum Nachweis für das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz)
- Anlage Krankenkasse
- Anlage Bank

Bei Kindern zwischen 18 und 27 Jahren, die sich in Ausbildung befinden:

- Nachweis über die Ausbildung (Schule/Universität/Ausbildungsbetrieb)
- Anlage Kinder

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

## ANLAGE KRANKENKASSE

---

Teilnehmernummer

Wir sind verpflichtet, bereits beim Rentenantrag die zuständige Krankenkasse zu ermitteln. Auch aus den Versorgungsbezügen des Versorgungswerkes sind gegebenenfalls Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsbeiträge abzuführen.

Wir bitten um vollständige Angaben:

---

Krankenkasse:

### BITTE ANKREUZEN:

Ich bin ...

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

familienversichert

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

## ANLAGE KINDER

---

Teilnehmernummer

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Kind unter 27 Jahre alt ist und sich noch in Ausbildung befindet (Schule/Ausbildungsbetrieb/Fachschule/Universität).

Angaben zum Kind/Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

**ANLAGE BANK**

---

Teilnehmernummer

**VOLLMACHT:**

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Leistungen des Versorgungswerkes satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen  
Gustav-Adolf-Straße 2  
01219 Dresden

überzahlte Leistungen von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers  
**und** des Antragstellers (wenn abweichend)