

# Antragsvordruck Altersrente



VERSORGUNGSWERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER  
UND DER VEREIDIGTEN BUCHPRÜFER

IM LANDE NORDRHEIN-WESTFALEN | KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

## Personenbezogene Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Geburtsdatum: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer (§ 139b AO): |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Rentenversicherungsnummer: |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Telefon (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung (keine weiteren Angaben erforderlich).

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (gilt auch für freiwillige Mitglieder).

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Mitgliedsnummer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Für die Höhe des an die Pflegekasse abzuführenden Pflegeversicherungsbeitrages benötigen wir folgende Angaben.  
Ich habe:

leibliche Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde/Stammbuch von allen Kindern beifügen).

adoptierte/Stiefkinder (bitte entsprechenden Nachweis beifügen; ggf. telefonische Rücksprache).

keine Kinder.

## Berufliche Tätigkeit im Ausland

Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten (keine weiteren Angaben erforderlich).

Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt. Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.



## Verfügungsermächtigung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:                                   |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die vom WPV nach meinem Tode – und damit ohne Rechtsgrund – auf mein Konto überwiesen werden, an das WPV zurückzuzahlen.

Mein Geldinstitut ist ebenfalls ermächtigt, für den Fall meines Todes Namen und Anschrift derjenigen, die zum Zeitpunkt meines Todes über mein Konto verfügt haben, zu benennen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift