

Abs.:  
Mitgl.-Nr.:



Bitte zurück an:

Berliner Ärzteversorgung  
Potsdamer Str. 47  
14163 Berlin

*Gerne auch per Fax: 030/816002-40*

### Erklärung zum Altersrentenbeginn nach § 9 Abs. 7 der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung

Ich erkläre, dass ich meinen Altersrentenbeginn aufschieben möchte.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Der Rentenbeginn soll um 36 Monate aufgeschoben werden.
- Der Rentenbeginn soll um \_\_\_\_ Monate aufgeschoben werden.
- Der Rentenbeginn soll bis zum 01.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ aufgeschoben werden.  
(bitte Monat + Jahr eintragen)
- Ich habe mich noch nicht auf einen genauen Zeitpunkt festgelegt.  
Bitte erinnern Sie in einem Jahr.

***Mir ist bekannt, dass kein rückwirkender Beginn der Altersrente möglich ist.***

Ich beziehe bereits aktuell oder zu einem späteren Zeitpunkt eine Vollrente wegen Alters von einem anderen Rentenversicherungsträger/Versorgungseinrichtung.

- nein
- ja, von \_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_  
(bitte vollständigen Namen des Rententrägers angeben) (Rentenbeginn)

- Ich habe auf die Versicherungsfreiheit ab Bezug der gesetzlichen Rente gegenüber meinem Arbeitgeber verzichtet.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift