

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)

Ort/Datum

Unterschrift