

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Berlin
Potsdamer Str. 47

14163 Berlin (Zehlendorf)

Antrag auf vorgezogene Altersteilrente

I. Ihre Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel _____ Geburtsname _____

Name* _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Familienstand ledig verheiratet eLP ** verwitwet geschieden

Name des Ehepartners: _____

Geburtsdatum des Ehepartners: _____

II. Zu welchem Zeitpunkt soll Ihre vorgezogene Altersteilrente beginnen?

Zum

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|--|--|
| 0 | 1 | . | | | 2 | 0 | | |
|---|---|---|--|--|---|---|--|--|

In welcher Höhe soll die vorgezogene Altersteilrente ausgezahlt werden (%-satz)?

30% 50% 70%

Die restliche Altersrente soll voraussichtlich zum

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| | | . | | | . | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

 beginnen***

III. Angaben zum letzten Beschäftigungsverhältnis (bitte nur als angestelltes Mitglied beantworten)

Mein Beschäftigungsverhältnis endet(e) am

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--|--|
| | | . | | | 2 | 0 | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--|--|

Mein Beschäftigungsverhältnis wird über den Rentenbeginn hinaus (zunächst) weiter ausgeübt, voraussichtlich bis

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--|--|
| | | . | | | 2 | 0 | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--|--|

Da mein Gehalt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt bzw. regelmäßig nicht die allgemeine oder eine höhere Versorgungsabgabe gezahlt wird und ich den Rentenbescheid dringend vorab benötige, senden Sie mir bitte eine Vorausbescheinigung zu, die frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn von meinem Arbeitgeber ausgestellt werden darf.

* Bitte Kopie der Geburtsurkunde oder des Personalausweises beifügen!

** eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

*** Diese Angabe ist unverbindlich.

IV. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **inländischen berufsständischen Versorgungswerk** entrichtet?

Ja, bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

| Von | Bis | Name des Versorgungswerkes | Versicherungsnummer / Aktenzeichen |
|-----|-----|----------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **Staat der EU** (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) bzw. im **EWR** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

Ja, bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

| Von | Bis | Staat | Versicherungsträger / Versorgungssystem | Versicherungsnummer / Aktenzeichen |
|-----|-----|-------|---|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Haben Sie nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten (sogenannte Wohnzeiten) ohne Beschäftigung oder Tätigkeit: Dänemark, Finnland, Island, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

Ja, bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen Nein

| Von | Bis | Staat | Versicherungsträger / Versorgungssystem | Versicherungsnummer / Aktenzeichen |
|-----|-----|-------|---|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Titel _____

Vorname _____

Name _____

Ggf. abweichender Kontoinhaber _____

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

Apothekerversorgung Berlin, Potsdamer Straße 47, 14163 Berlin (Zehlendorf),

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, 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_____
Unterschrift des **Kontoinhabers**