

Bitte zurück an die

Berliner Ärzteversorgung
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)



Antrag auf vorgezogene Altersteilrente

I. Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel _____ Geburtsname _____

Name * _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon (privat) _____ Telefax _____

Familienstand ledig verheiratet eLP ** verwitwet geschieden

Geburtsdatum des Ehepartners: _____

Name des Ehepartners: _____

II. Zu welchem Zeitpunkt soll Ihre vorgezogene Altersteilrente beginnen?

Zum

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

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

30%

50%

70%

Die restliche Altersrente soll voraussichtlich zum

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

 beginnen***

IV. Angaben zum letzten Beschäftigungsverhältnis

Mein Beschäftigungsverhältnis endet(e) am

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

Meine ärztliche Tätigkeit übe ich über den Rentenbeginn hinaus (zunächst) weiter aus, voraussichtlich bis

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

im Angestelltenverhältnis als niedergelassener Arzt auf Honorarbasis

Da mein Gehalt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt bzw. regelmäßig keine 1,0-fache oder 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.

V. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

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

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / 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?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Dieser Rentenanspruch soll auch für meine nachstehend genannten im europäischen Ausland erworbenen Rentenansprüche gelten. ja nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

Haben Sie sich 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?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Dieser Rentenanspruch soll auch für meine nachstehend genannten im europäischen Ausland erworbenen Rentenansprüche gelten. ja nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

VI. Auf welches Konto soll Ihre Rente überwiesen werden?

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

selbst _____

Bei Zahlungen auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!

VII. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Info: Die Berliner Ärzteversorgung ist verpflichtet, den Rentenbezug nach §22a EstG an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden.

VIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Die Berliner Ärzteversorgung ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie krankenversichert? (Mehrfachantwort möglich)

- ja, ich bin gesetzlich krankenversichert
 ja, ich bin privat krankenversichert
 nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Bitte Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung angeben:

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet:

VSNR (Versichertennummer bei der DRV Bund, ehem. BfA)											

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - auch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Deutsche Rentenversicherung der Länder (ehemals Landesversicherungsanstalten), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)?

- ja, seit _____ von _____
 nein
 ist bzw. wird beantragt zum _____

Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

- ja nein

Abklärung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung: Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

- ja (bitte Geburtsurkunde beifügen) nein

Ich versichere, dass die im Rentenantragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Das Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort Datum Unterschrift

Anlagen: Vollmacht (bitte ausgefüllt zurücksenden)

Name

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

Berliner Ärzteversorgung, Potsdamer Straße 47, 14163 Berlin (Zehlendorf)

ggf. 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**