



Berliner  
Ärzteversorgung

Bitte zurück an die

**Berliner Ärzteversorgung**  
**Potsdamer Str. 47**  
**14163 Berlin (Zehlendorf)**

## Antrag auf zweite Rentenhälfte

### I. Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  eLP \*  verwitwet  geschieden

Geburtsdatum des Ehepartners: \_\_\_\_\_

Name des Ehepartners: \_\_\_\_\_

### II. Zu welchem Zeitpunkt soll Ihre zweite Rentenhälfte beginnen?

Zum 

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

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

Mein Beschäftigungsverhältnis endet(e) am 

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

Mein Beschäftigungsverhältnis wird über den Zeitpunkt zu II. hinaus (zunächst) weiter ausgeübt, voraussichtlich bis 

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

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.

\* eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

