

Mitgliedsnummer | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt**  
**Gutenberghof 7**  
**30159 Hannover**

## **Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente**

### **1. Personalien**

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Ehepartners/  
eingetragenen Lebenspartners: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **2. Name der zuschussberechtigten Kinder (Kinderzuschuss)**

bis zum 18. Lebensjahr

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

vom 18. bis zum 27. Lebensjahr

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**3. Kranken- und Pflegeversicherung:**

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja

nein

**Hinweis:** Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

**4. Hiermit beantrage ich die Berücksichtigung der Kinderbetreuungszeiten**

ja

nein

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

**5. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja

nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?**

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?**

ja, am \_\_\_\_\_  nein

**8. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

**9. Aufgrund welcher Krankheit fühlen Sie sich berufsunfähig?**

*Haupterkrankung:* \_\_\_\_\_

*sonstige Diagnosen:*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

*(Bitte Bericht des behandelnden Arztes beifügen)*

**10. Seit wann haben Sie Ihre gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt bzw. seit wann haben Sie keine Einnahmen aus Ihrer Tätigkeit als Arzt?**

\_\_\_\_\_

*(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)*

