

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: _____

über 18 Jahre

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)

11. Ist die zum Rentenantrag führende Erkrankung ganz oder teilweise schuldhaft durch andere Personen verursacht worden?

ja nein

Wenn ja, bitte Unterlagen zum Anspruch auf Schadenersatz einreichen.

12. Bankverbindung

IBAN: (22 Stellen)

BIC: (8 oder 11 Stellen)

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

13. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer:

14. Erforderliche Unterlagen:

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **aktueller** Nachweis Ihrer privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)
- Nachweis über die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit
- Bericht des behandelnden Arztes

für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder
- ärztliches Attest des Kindes

Abtretung von Schadenersatzansprüchen

Ich trete alle Ansprüche auf Schadenersatz gegen einen Dritten an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt gewährt werden.

Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich willige ein, dass die Ärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenanspruches erforderlichen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Ärzten und Einrichtungen, die ich angegeben habe oder die aus den Unterlagen ersichtlich sind, anfordern kann.

Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die Einwilligung gilt auch für die ärztlichen Untersuchungen des Begutachtungsverfahrens und der Nachuntersuchungen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von den beteiligten Versorgungswerken befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Die Ärzteversorgung ist berechtigt, meine medizinischen Daten an beteiligte Dritte wie zum Beispiel Krankenkassen, Versorgungsämter oder ähnliche weiterzugeben. Mir ist bekannt, dass ich der Weitergabe der medizinischen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen kann.

Ich erkläre, dass der Rentenanspruch auch als Antrag bei jedem anderen beteiligten Versorgungswerk zu werten ist.

Diese Erklärung ist ein Bestandteil meines Antrages. Ich habe alle Angaben persönlich gemacht und nichts verschwiegen.

Datum

Unterschrift