

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Ich beantrage die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 23 der Satzung.

Meine Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Beizufügende Unterlagen:

- eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde

Personalien meines Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners:

Geburtsname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tag der Eheschließung: _____

Meine persönliche 11-stellige Steueridentifikationsnummer (bitte nicht die 10-stellige Steuernummer):

Identifikationsnummer:

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

Diese Nummer wurde Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern und Finanzen zugeteilt. Sie können diese auch Ihrem aktuellen Einkommensteuerbescheid entnehmen.

Erforderliche Angaben zu meiner aktuellen bzw. zuletzt ausgeübten ärztlichen Tätigkeit:

Ich war zuletzt ärztlich tätig als: _____

(Bitte benennen Sie hier die von Ihnen ausgeübte Fachrichtung und Funktion)

Dieser Tätigkeit bin ich nachgegangen als

Angestellte/r

Name des Arbeitgebers: _____

Beamte/r

Name des Dienstherrn: _____

Soldat/in

Name des Dienstherrn: _____

Arzt / Ärztin in eigener Praxis

Wird/Wurde die Praxis durch einen Vertreter weiter geführt?

nein

ja, bis _____

Sonstige selbstständige Tätigkeit (z.B. freie/r Mitarbeiter/in auf Honorarbasis, Gutachter/in / Praxisvertreter/in etc.)

Meine gesamte ärztlich Tätigkeit habe ich eingestellt zum: _____

Meine Gehaltsfortzahlung endet bzw. endete am: _____

Ich beziehe keine weiteren Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit (auch nicht aus der Beschäftigung eines Praxisvertreters) ab/seit dem: _____

Mein/en KV-Sitz habe ich zurückgegeben zum / ruht seit:

Ich bestätige, dass ich derzeit nicht ärztlich tätig bin und eine Arbeitsvermittlung durch die Agentur für Arbeit aufgrund meines Gesundheitszustandes nicht möglich ist.

Mir ist bewusst, dass mein Anspruch auf die Fortzahlung von Entgeltersatzleistungen regelmäßig ab dem Leistungsbeginn einer Berufsunfähigkeitsrente endet.

Erforderliche Angaben zu den Auslösern meiner Berufsunfähigkeit:

Ich bin aufgrund der nachfolgenden Erkrankungen nicht länger in der Lage meinen ärztlichen Beruf auszuüben:

Haupterkrankung:

Sonstige Diagnosen:

Beizufügende Unterlagen für den Nachweis der Einstellung der ärztlichen Tätigkeit sowie der Berufsunfähigkeit:

- eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers über das Ende der Gehaltsfortzahlung*
(nur für Angestellte)
- aussagekräftige, aktuelle medizinische Unterlagen zu Diagnosen, durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Prognosen

*Sofern Ihre Gehaltsfortzahlung bislang noch nicht endete, bitten wir Sie, uns diesen Termin umgehend nachzureichen.

Ich habe einen Antrag auf Zahlung von Kranken(tage)geld gestellt bzw. beziehe Kranken(tage)geld?

nein ja, seit _____

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten der Krankenversicherung an:

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich habe wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadenersatzansprüche (z. B. wegen drittverschuldetem Verkehrsunfall) gegen Dritte?

nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Name: _____

Anschrift: _____

Versicherung: _____

Hinweis:

Sofern zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht absehbar sein sollte, ob Sie einen Schadenersatzanspruch gegen Dritte haben, kann diese Bestätigung auch nachträglich an uns übermittelt werden. Im Falle des nachträglichen Bekanntwerdens der Anspruchsvoraussetzungen auf Schadenersatz, bitten wir Sie jedoch zu beachten, dass diese Meldung umgehend und ohne schuldhaftes Verzögerungen nachzureichen ist.

Ich habe Rentenansprüche in einem der folgenden Länder erworben:

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern.

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Staat:

Versicherungszeitraum (von bis): bis

Name und Anschrift des
Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer des
Rentenversicherungsträgers:

Haben Sie zusätzlich auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) zurückgelegt?

ja nein

Ich habe zusätzliche Rentenansprüche bei weiteren berufsständischen Versorgungswerken innerhalb Deutschlands erworben.

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Versorgungswerk:

Versicherungszeitraum (von bis): bis

Mitgliedsnummer beim
zuständigen Versorgungswerk:

Haben Sie bei diesem Versorgungswerk bereits einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

ja, am _____ nein

Meine Krankenkassenzugehörigkeit:

Das beigefügte „Informationsblatt zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“ bitten wir zu beachten!

Ich bin:

- privat kranken- und pflegeversichert bei _____
(Name der Krankenversicherung)
- nicht kranken- und pflegeversichert

- gesetzlich kranken- und pflegeversichert

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Rentenversicherungsnummer
bei der DRV: _____

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:

- ja nein

Ich habe leibliche Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder?

Hinweis: Falls ja, haben Sie einen geringeren Beitrag zur Pflegeversicherung zu zahlen.

- ja nein

Beizufügende Unterlagen (nur für gesetzlich Versicherte):

- eine Kopie der Geburtsurkunde all Ihrer Kinder
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

Zusätzlich zu meiner Berufsunfähigkeitsrente beantrage ich die Zahlung des Kinderzuschusses für folgende zuschussberechtigte Kinder:

Hinweis: Welche Voraussetzungen zur Zahlung des Kinderzuschusses erfüllt sein müssen, entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt.

Zuschussberechtigte Kinder bis zum 18. Lebensjahr:

a) Name:	Geburtsdatum:
b) Name:	Geburtsdatum:
c) Name:	Geburtsdatum:
d) Name:	Geburtsdatum:

Zuschussberechtigte Kinder ab dem 18. bis zum 27. Lebensjahr:

a) Name:	Geburtsdatum:
aktuelle Schul- oder Berufsausbildung:	
b) Name:	Geburtsdatum:
aktuelle Schul- oder Berufsausbildung:	
c) Name:	Geburtsdatum:
aktuelle Schul- oder Berufsausbildung:	
d) Name:	Geburtsdatum:
aktuelle Schul- oder Berufsausbildung:	

Beizufügende Unterlagen für jedes zuschussberechtigte Kind:

- eine Kopie der Geburtsurkunde
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

Beizufügende Unterlagen für die zuschussberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

- eine Schul-, Lebens- oder Meldebescheinigung

Beizufügende Unterlagen für die zuschussberechtigten Kinder über 18 bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres:

- eine Schul-, Ausbildungs- oder Studienbescheinigung

Hinweis: Die Ableistung eines freiwilligen Dienstes nach § 32 Abs. 4 S. 1 Nr. 2d des Einkommenssteuergesetzes gilt als Ausbildung und ist nachzuweisen.

- ein Nachweis über die Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes (nur sofern zutreffend)

Sofern Ihr Kind aus gesundheitlichen Gründen keiner Schul- oder Berufsausbildung nachgeht, übersenden Sie bitte ein ärztliches Attest.

Haben Sie an alles gedacht? Unsere nachfolgende Checkliste hilft Ihnen bei der Überprüfung.

Checkliste

erforderliche Unterlagen für die Berufsunfähigkeitsrente:

- eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde
- Bescheinigung des Arbeitgebers über die Einstellung der Gehaltsfortzahlung (nur für Angestellte)
- aktuelle Behandlungsunterlagen

erforderliche Unterlagen, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind:

- eine Kopie der Geburtsurkunde all Ihrer Kinder
- der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

erforderliche Unterlagen zur Beantragung eines Kinderzuschusses:

- eine Kopie der Geburtsurkunde für jedes zuschussberechtigte Kind
- zusätzlich der Nachweis zur Annahme des Kindes (nur bei Adoptivkindern)

zusätzlich für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

- eine Schul-, Lebens- oder Meldebescheinigung

zusätzlich für Kinder über 18 bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres):

- eine Schul-, Ausbildungs- oder Studienbescheinigung
- ein Nachweis über die Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes (falls die Schul- oder Berufsausbildung hierdurch verzögert wurde)
- ein ärztliches Attest (falls die Schul- oder Berufsausbildung hierdurch ausgeschlossen ist)

ergänzende Unterlagen:

- Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
- ausgefüllte Anlage 2 zu diesem Antrag (nur falls Sie geschieden sind)
- postmortale Vollmacht zur Erstattung von Rentenansprüchen

Anlage 1 - Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mitglieds-Nr.:

Geb. Datum

1. Datenerhebung, Speicherung und Nutzung zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen für eine Berufsunfähigkeitsrente

Zur Feststellung der Berufsunfähigkeit ist es erforderlich, dass wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand bei Ihnen oder auch Dritten erfragen und zu Zwecken der Leistungsprüfung verwenden. Dazu benötigen wir Ihre Einwilligung:

Ich willige ein, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen die von mir bei der Antragsstellung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten speichert und nutzt.

Ich willige ferner ein, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Informationen über meine gesundheitliche Situation bei anderen Stellen – insbesondere behandelnden Ärzten, medizinischen Gutachtern, anderen berufsständischen Versorgungswerken, Sozialversicherungsträgern, Personenversicherern – erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich ist.

2. Datenübermittlung an weitere Stellen

Im Rahmen eines Verfahrens zur Feststellung der Berufsunfähigkeit kann es zudem erforderlich sein, dass wir Ihre Gesundheitsdaten an Dritte übermitteln.

Dies ist der Fall, wenn zur Sachverhaltsaufklärung die Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens gemäß § 23 Absatz 2 der Satzung notwendig ist.

Ferner kann es sein, dass ein Mitglied Versicherungszeiten auch bei anderen berufsständischen Versorgungswerken im Inland oder Rentenversicherungsträgern in einem EU-Mitgliedstaat erworben hat. In diesem Fall setzt sich der gesamte Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente aus der Summe der Teilansprüche bei den jeweiligen Versicherungsträgern zusammen. Um das Rentenverfahren zu vereinfachen und gegebenenfalls Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ist ein Datenaustausch zwischen den Versicherungsträgern vorgesehen:

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, sofern im Rahmen der Leistungsprüfung eine Begutachtung gemäß § 23 Absatz 2 der Satzung notwendig ist.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Gesundheitsdaten an andere Versorgungswerke im Inland, bei denen ich Anwartschaften erworben habe, zu Zwecken der dortigen Leistungsprüfung übermittelt.

Schließlich bin ich damit einverstanden, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Gesundheitsdaten an Rentenversicherungsträger eines EU-Mitgliedstaates übermittelt, sofern ich dort Versicherungszeiten zurückgelegt habe und eine gesetzliche Verpflichtung zur Datenübermittlung im Rahmen des europäischen Koordinierungsverfahrens der Systeme der sozialen Sicherheit besteht.

Zu den vorgenannten Zwecken entbinde ich alle genannten Personen und Stellen sowie die für das Versorgungswerk tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht möglich ist.

Ort / Datum

Unterschrift

Anlage 2

Wichtiger Hinweis:

Diese Seite ist nur von Ihnen auszufüllen, wenn Sie geschieden wurden und in diesem Zusammenhang ein Versorgungsausgleich vorgenommen wurde!

Das beigefügte „Informationsblatt zum Versorgungsausgleich“ bitten wir zu beachten!

Ist Ihre durchgeführte Scheidung bereits rechtskräftig? ja nein

Mein geschiedener Ehepartner bezieht bereits eine Rente. ja nein

Mein geschiedener Ehepartner hat gegen mich einen Unterhaltsanspruch.
 ja nein

Es handelt sich um einen Unterhaltsanspruch wegen: _____

Mein geschiedener Ehepartner ist bereits verstorben. ja nein
Falls ja, bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei.

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen teile Ich Ihnen umgehend mit.

Ort / Datum

Unterschrift

Anlage 3

Mitglieds-Nr.:

Vollmacht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die von dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach meinem Tod ohne Rechtsgrund auf mein Konto überwiesen wurden, an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zurückzuzahlen.

Ort / Datum

Unterschrift