

Bitte zurück an die

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

Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

I. Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel _____ Geburtsname _____

Name* _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Familienstand ledig verheiratet eLP ** verwitwet geschieden

Geburtsdatum des Ehepartners: _____

Name des Ehepartners: _____

II. Angaben zur ärztlichen Tätigkeit (Mehrfachnennungen möglich)

Zu welchem Zeitpunkt wird oder wurde die gesamte ärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt (letzter Arbeitstag)? am ...

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit(en) _____ als
(Fachrichtung?): _____

Angestellte(r) Arzt/Ärztin, Arbeitgeber: _____
 Beamte(r) Arzt/Ärztin, Dienstherr: _____

Wann enden die Gehaltszahlungen? am ...
 bisher nicht, wird nachgereicht
 habe ich der Berliner Ärzteversorgung bereits mit Nachweis gemeldet

* Bitte Kopie der Geburtsurkunde oder des Personalausweises beifügen!

** eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

- Kassenarzt/-ärztin
 Arzt/Ärztin in Privatpraxis

Wird die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt?

- nein ja, bis . .

Wann wird oder wurde der Verzicht auf die KV-Zulassung ausgesprochen?

- am . .
 erst, wenn die Berufsunfähigkeit von der Berliner Ärzteversorgung medizinisch anerkannt ist
 bisher nicht bzw. Verkaufsverhandlungen laufen

Sonstige ärztliche Tätigkeit(en): (z. B. freier Mitarbeiter(in) auf Honorarbasis, Praxisvertreter(in) /-assistent(in), Gutachter(in), Dozent(in))

- nein, keine
 ja, und zwar: _____

Bis zu welchem Zeitpunkt erzielen oder erzielten Sie Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit?

- bis zum . .
 bis auf weiteres bzw. bis . .

III. Allgemeine Angaben

Ist die Erkrankung eine Berufskrankheit oder ein Berufsunfall?

- nein ja (bitte Anerkennungsbescheid der Berufsgenossenschaft beifügen)

Haben Sie einen Antrag auf Zahlung von Kranken(tage)geld gestellt oder beziehen Sie Kranken(tage)geld?

- nein ja, seit . .

Name und Anschrift Ihrer privaten Krankenversicherung/gesetzlichen Krankenkasse:

Haben Sie wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z. B. wegen drittverschuldetem Verkehrsunfall) gegen Dritte?

- nein
 ja, gegen _____

(Schädiger und Versicherung)

Sind Sie **im letzten Jahr vor Rentenantragstellung** bereits von anderen Stellen (z. B. DRV, MDK, vertrauensärztlicher Dienst, Agentur für Arbeit) begutachtet worden?

- ja, ärztliche Unterlagen/Gutachten liegen bei
 ja, Gutachtenkopie wird nachgereicht
 nein

VII. 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)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

Haben Sie 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)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

Sofern Ziffer VII. (soeben) mit ja beantwortet wurde: Soll dieser BU-Rentenanspruch auch für die vorgenannten bzw. beteiligten Versicherungsträger / Versorgungseinrichtungen gelten?

- nein
 ja

Name:

Geb.am:

VIII. Schlusserklärung

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Bezugsdauer von Berufsunfähigkeitsrente durch die Berliner Ärzteversorgung diese entsprechend § 10 Abs. 3b der Satzung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich zu unterrichten habe, **sobald ich**

a) eine Tätigkeit jedweder Art aufnehme oder ausübe bzw.

b) zur Ausübung eines ärztlichen Berufs (Definition: Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der die ärztliche Vorbildung überwiegend verwandt wird bzw. werden kann) **nicht mehr umfassend unfähig bin.**

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt dann mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist.

Ich werde jede Aufenthaltsänderung – mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen – bekannt geben.

Hiermit ermächtige ich, gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht,

- meine gesetzliche und / oder private Krankenversicherung, Auskünfte über die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit sowie den Beginn und Zeitraum der Zahlung von Kranken(tage)geld zu erteilen,
- die Berliner Ärzteversorgung, medizinische Unterlagen von den unter Ziffer VII. angegebenen Versicherungsträgern / Versorgungseinrichtungen anzufordern und / oder an diese weiterzuleiten,
- die Personalabteilung meines Arbeitgebers, Auskünfte über das Ende der Gehaltszahlung zu erteilen,
- die Berliner Ärzteversorgung, die ihr im Rahmen des Rentenverfahrens übersandten Unterlagen an die von ihr beauftragten ärztlichen Gutachter zu übersenden.

Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Ämter bzw. Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Gutachter entbinde ich von der Schweigepflicht bzw. dem Datenschutzgeheimnis.

Hiermit beantrage ich Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Das „Merkblatt BU“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift

Vollmacht zum Rentenbezug

Titel, Vorname Name

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

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

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**