



Bitte zurück an die

Berliner Ärzteversorgung
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Antrag auf Weiterzahlung der Berufsunfähigkeitsrente

I. Personalien		Mitgl.-Nr.:
Titel	_____	Geburtsname _____
Name	_____	Vorname _____
Geburtsdatum	_____	
Privatanschrift	_____	
Telefon	_____	Telefax _____

II. Zusätzliche Angaben zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

Bitte **alle** Fragen mit „ja“ oder „nein“ beantworten

1) Üben oder übten Sie eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit aus?

- nein
 ja

Vom – bis / seit / Anzahl der Wochenstunden, Anschrift des Arbeitgebers / Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit

Falls selbständig: Erzielen Sie hieraus steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?

- nein ja

2) Sind Sie bei der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft als Arbeit-suchend gemeldet?

- nein

ja, seit . .

bei _____

Kundennummer / Aktenzeichen _____

3) Waren Sie im letzten Jahr in ambulanter ärztlicher Behandlung?

nein

ja, Behandlung wegen _____

vom _____ bis _____

Arzt (Name, Anschrift, _____

Telefon-Nr.): _____

4) Waren Sie im letzten Jahr in stationärer Krankenhausbehandlung?

nein

ja, Entlassungsbericht liegt bei

5) Haben sich Ihre Krankheitsmerkmale seit Beginn der Zeitrente geändert?

nein

ja, und zwar: _____

6) Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z. B. stationäres Heilverfahren) erbracht worden oder sind diese beantragt?

nein

ja Ort _____

vom _____ bis _____

Kostenträger _____

Aktenzeichen _____

7) Wurde eine ärztliche Untersuchung (z. B. gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Betriebsarzt, Versorgungsamt, VBL, private Versicherung, Arbeitsagentur) veranlasst?

nein

ja, von welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

vom _____ bis _____

8) Beziehen Sie Krankengeld oder Krankentagegeld oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt?

Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein

ja

Art der Leistung _____

Zahlende Stelle _____

(Name, Anschrift, _____

Aktenzeichen) _____

Bezugszeitraum vom – bis bzw. Antragsdatum

III. Krankenversicherung

Name und Anschrift Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung

III. 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 fähig 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 bzw. dem Datenschutzgeheimnis,

- 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 II. angegebenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Ämtern bzw. Behörden, Versicherungsunternehmen, Gutachtern anzufordern,
- die Berliner Ärzteversorgung, die ihr im Rahmen des Rentenverfahrens übersandten Unterlagen an die von ihr beauftragten ärztlichen Gutachter zu übersenden.

Hiermit beantrage ich die Weiterzahlung meiner Rente wegen Berufsunfähigkeit sowie ggf. die Weiterzahlung meiner Kinderzuschüsse zur BU-Rente.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Ich füge folgende medizinische Unterlagen (z. B. aktuelles Attest, Krankenhaus-Entlassungsbericht, Gutachten) bei.

Anlagen
