Mitgliedsnummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärzteversorgung Niedersachsen
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

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Meine Rentenversicherungsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?

☐ ja (Bitte Nachweise beifügen) ☐ 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: _____

Die Anrechnung erfolgt nur, wenn die Kinderbetreuungszeit in der Mitgliedschaft liegt.

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

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

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: _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

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)
- **Einwilligungserklärung**
- 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
- Nachweis, dass das Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand anhält

Abtretung von Schadenersatzansprüchen

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

Ich erkläre, dass der Rentenantrag 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.

Ich ermächtige das Versorgungswerk, Versorgungsleistungen, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, von meinem Konto zurückzurufen.

_____ _____

Datum Unterschrift