

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Mitgliedsnummer:

I. ANGABEN ZUR PERSON:

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:

Anschrift: _____

Telefon: _____

Familienstand: ledig verheiratet verpartnert
 geschieden verwitwet

Tätigkeit: selbständig angestellt oder: _____

Meine Zulassung als Rechtsanwalt / Rechtsanwältin

- habe ich bereits zurückgegeben.
- werde ich zum _____ zurückgeben.

Meine Zulassung als Syndikusrechtsanwältin / Syndikusrechtsanwalt

- habe ich bereits zurückgegeben.
- werde ich zum _____ zurückgeben.

Steuerliche Identifikationsnummer:

Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß § 22a EStG Rentenbezüge der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden haben. Den Leistungsempfänger hat der Gesetzgeber verpflichtet, seine Identifikationsnummer mitzuteilen (§§ 22a Abs. 3 EStG).

Bestehen Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z.B. aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?

ja nein

Wenn ja:

Name und Anschrift des / der Dritten:

II. ANGABEN ZUR MEDIZINISCHEN BERUFSUNFÄHIGKEIT:

Bitte ärztliches Zeugnis und sonstige medizinische Unterlagen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben, beifügen:

Befundbericht/ärztliches Zeugnis liegt bei wird nachgereicht

III. ANGABEN ZUM KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS:

1. Sind Sie gesetzlich kranken- und pflegeversichert?

ja nein

Wenn ja:

Name und Anschrift Ihrer Kranken-/Pflegekasse:

Sozialversicherungsnummer:

Wir sind gemäß § 202 SGB V verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis unserer Rentenbezieher zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. § 50 SGB XI haben Rentenempfänger Ihre Kranken-/Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.

2. Erhalten Sie Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung?

- ja nein beantragt

Wenn ja: Bitte Leistungsbescheid beifügen

3. Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

- ja nein

4. Haben Sie Kinder?

- ja nein

Wenn ja: Wie viele Kinder unter 25 Jahren? _____

Die Geburtsurkunde/n des Kindes / sämtlicher Kinder füge ich bei.

Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken-/Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk der Beitragsabzug vorzunehmen!

IV. BERUFLICHE TÄTIGKEIT IM AUSLAND

- Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten.
- Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, des EWR oder der Schweiz eingezahlt.

Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen anzugeben.

Bitte geben Sie die entsprechenden Zeiten, den Versicherungsträger, den Staat sowie das dortige Aktenzeichen an.

Soweit zusätzlich zu den Auslandszeiten Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt wurden, bitten wir ebenfalls um Angabe.
Bitte nutzen Sie für Ihre Angaben ein gesondertes Blatt.

V. ERMÄCHTIGUNG ZUR ERTEILUNG VON AUSKÜNFTEN:

Ich ermächtige das **Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin** zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben, Behörden, Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von dem **Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin** befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit und des Datenschutzes auch über meinen Tod hinaus.

V. Der Bescheid soll

- an meine Privatanschrift (siehe I.)
- an _____

gesandt werden.

VII. Zahlungen sollen auf folgendes Girokonto überwiesen werden:

Kreditinstitut (Name)

□□□□ □□ □□ □□□□

BIC 8- bzw. 11-stellig

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

IBAN (in Deutschland 22-stellig)

- Kontoinhaber:
- Antragsteller/in
 - oder
 - _____

VIII. VOLLMACHT:

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Rente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Monats, in dem ich sterbe oder das Versorgungswerk den Bewilligungsbescheid widerruft oder bis zu dem Rente auf Zeit bewilligt worden ist, besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin
Walter-Benjamin-Platz 6
10629 Berlin,

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. § 118 Abs. 3 bis 4a SGB VI gilt entsprechend.

IX. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)