

Bitte zurück an die

**Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47**

14163 Berlin

Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

I. Personalien Mitgl.-Nr.:

Titel _____ Geburtsname _____

Name * _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____

Familienstand ledig verheiratet eLP ** verwitwet geschieden

Name des Ehepartners: _____

Geburtsdatum des Ehepartners: _____

II. Angaben zur pharmazeutischen Tätigkeit (Mehrfachnennungen möglich)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit(en): _____ als

Angestellte(r) Apotheker/in, AG: _____

Beamtete(r) Apotheker/in, Dienstherr: _____

Wann enden die Gehaltszahlungen? am . .

bisher nicht, wird nachgereicht

habe ich der Apothekerversorgung bereits mit Nachweis gemeldet

* Bitte Kopie der Geburtsurkunde oder des Personalausweises beifügen!

** eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

Apothekeninhaber/in, Pächter/in

Wird die Apotheke durch einen Vertreter weitergeführt?

nein ja, bis ..

Sonstige pharmazeutische Tätigkeit(en):

nein, keine

ja, und zwar: _____

Bis zu welchem Zeitpunkt erzielen oder erzielten Sie Einkünfte aus pharmazeutischer 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

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 sich 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, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein

ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Aktenzeichen

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

nein

ja

VII. Mutterschutzfristen und Elternzeiten

Hiermit beantrage ich die Anrechnung der Elternzeiten.

nein

ja

Wenn ja, bitte ausfüllen und eine Kopie der Geburtsurkunde/n beifügen:

1) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

2) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

3) Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Beginn der Mutterschutzfrist: _____

Hinweise zur Elternzeit:

Die Anrechnung gemäß der Alterssicherungsordnung (ASO) erfolgt nur, wenn das Kind während der Mitgliedschaft in der Apothekerversorgung Niedersachsen geboren wurde.

Unabhängig hiervon können Sie einen Antrag auf Anrechnung der Kindererziehungszeiten nach §56 SGB VI bei der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen, um ggf. eine weitere Rente von dort zu erhalten. Der entsprechende Antrag ist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Wir empfehlen zuvor eine Beratung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Anspruch zu nehmen.

