

**Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit**

(§ 13 der Satzung über das Versorgungswerk der  
Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern)



TIERÄRZTEVERSORGUNG MVP

**zur Mitgl.Nr.**

---

**I. Angaben zur Person:**

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

niedergelassen       angestellt       beamtet

oder: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig     verheiratet     geschieden     verwitwet

**II. Angaben zu Kindern**

a.) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag:

unter 18 Jahre     in Schulausbildung  
(Nachweis beifügen)     in Berufsausbildung  
(Nachweis beifügen)

Behinderung liegt vor

b.) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag:

unter 18 Jahre     in Schulausbildung  
(Nachweis beifügen)     in Berufsausbildung  
(Nachweis beifügen)

Behinderung liegt vor

c.) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag:

unter 18 Jahre     in Schulausbildung  
(Nachweis beifügen)     in Berufsausbildung  
(Nachweis beifügen)

Behinderung liegt vor

**III. Aufgabe der Tätigkeit**

a.) Zu welchem Zeitpunkt wird oder wurde die gesamte tierärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt? \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit(en) (Fachrichtung?) \_\_\_\_\_  
als \_\_\_\_\_

Praxisinhaber     angestellter Tierarzt(-ärztin)     beamteter Tierarzt(-ärztin)

Arbeitgeber/Dienstherr: \_\_\_\_\_

Wann enden die Gehaltszahlungen: \_\_\_\_\_

b.) Wird die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt?

Ja       Nein

c.) Bis zu welchem Zeitpunkt erzielen oder erzielten Sie Einkünfte aus tierärztlicher Tätigkeit? \_\_\_\_\_

d.) Ist die Erkrankung eine Berufserkrankung bzw. auf einen Berufsunfall zurückzuführen?

Ja       Nein

**IV. Haben Sie wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z.B. Rente und/oder Kapitalabfindung aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?**

Ja       Nein

gegen wen? \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift, ggf. Aktenzeichen)

in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

**V. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger:**

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. in dem **EWR** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

Ja, bitten diese Zeiten in der Tabelle eintragen       Nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungssystem	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

**VI. Mitteilungspflicht gemäß § 13 Absatz 3 und 4 der Satzung**

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Dauer des Bezuges von Berufsunfähigkeitsrente durch das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern diese entsprechend § 13 Absatz 3 und 4 der Satzung unverzüglich zu unterrichten habe, sobald ich zur Ausübung des Berufes (tierärztliche Tätigkeit bzw. Tätigkeit, bei der tierärztliche Vorbildung überwiegend verwandt werden kann) nicht mehr zu einhundert Prozent unfähig bin. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt in diesem Fall mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist. Ich werde jede Aufenthaltsänderung –mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen- bekannt geben.

**VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften**

Ich ermächtige das VERSORGUNGSWERK DER LANDESTIERÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden u. ä. soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von dem VERSORGUNGSWERK DER LANDESTIERÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z.B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**VIII: Angaben zur Steueridentifikationsnummer**

Steuer-ID 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IX. Zahlungen sollen auf folgendes Girokonto erfolgen:**

IBAN 

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:       selbst                       \_\_\_\_\_

**Bei Zahlung auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!**

**X. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung**

Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – u. a. gleichzeitiger Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung - ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie gesetzlich krankenversichert?

Ja, bei (Name und Anschrift Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-/Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Nein, ich bin ausschließlich privat kranken- bzw. pflegeversichert

Name der privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Nein, ich habe gar keine Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - noch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Deutsche Rentenversicherung der Länder (ehemals Landesversicherungsanstalten), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See etc.)?

ja, seit \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

nein

ist bzw. wird beantragt zum \_\_\_\_\_

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

ja

nein

Abklärung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung:  
Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja (bitte Geburtsurkunde des Kindes beifügen)

nein

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich den Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit stelle und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Die Merkblätter habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort

Datum

Unterschrift

4 Anlagen: Vollmacht (bitte ausgefüllt zurücksenden)  
Merkblatt zum Kinderzuschuss  
Merkblatt für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit  
Merkblatt für Rentenantragsteller

---

Titel, Name, Vorname

In Kenntnis dessen, das der Rentenanspruch satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,  
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**

# Merkblatt für die Gewährung eines Kinderzuschusses

Gliederung:

1. Leistungszeitraum
2. Anspruchsberechtigte Kinder
3. Antragsfrist
4. Höhe des Kinderzuschusses
5. Gleichzeitiger Bezug von Kindergeld
6. Erforderliche Nachweise

## **1. Leistungszeitraum**

Anspruch auf Kinderzuschuss besteht dann, wenn Kinder des Mitglieds vorhanden sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Über diesen Zeitpunkt hinaus wird Kinderzuschuss längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt, sofern und solange sich Kinder in der Schul- bzw. Berufsausbildung befinden.

Ein Praktikum gilt dann als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.

Sollte ein Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sein, sich selbst zu unterhalten, würde ein Zuschuss ebenfalls gewährt werden, und zwar solange dieser Zustand andauert, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich nicht um den Kinderzuschuss, wenn das Mitglied für das betreffende Kind keinen Unterhalt leistet und ein Dritter die tatsächliche Sorge für dieses Kind trägt; in diesem Falle steht der Kinderzuschuss dem Dritten zu, der die Sorge für das Kind trägt.

## **2. Kinder im Sinne der Satzung**

Anspruchsberechtigte Kinder sind

- die ehelichen Kinder,
- die für ehelich erklärten Kinder,
- adoptierte Kinder, wenn Adoption vor Vollendung des 55. Lj. des Berechtigten erfolgte,
- die nichtehelichen Kinder eines Berechtigten, wenn dessen Unterhaltspflicht festgestellt ist,
- die nichtehelichen Kinder einer Berechtigten.

Bei Pflege-, Stief- oder Enkelkindern kann daher keine Kinderzuschuss-Zahlung erfolgen.

## **3. Antragsfrist**

Der Kinderzuschuss wird auf Antrag ab dem Vorliegen der genannten Anspruchsvoraussetzungen gewährt.

## **4. Höhe des Kinderzuschusses**

Der Zuschuss beträgt für jedes Kind 12,5 % Ihrer Berufsunfähigkeitsrente (Grundrente). Er beginnt frühestens mit dem Monatsersten des auf den Geburtsmonat folgenden Monats und endet spätestens mit dem Ablauf des Todesmonats des Kindes. Darüber hinaus erfolgt die Zahlung maximal für den Zeitraum, in dem zeitgleich eine Berufsunfähigkeitsrente gewährt wird.

## **5. Gleichzeitiger Bezug von Kindergeld**

Der Kinderzuschuss ist Bestandteil der Grundrente, also der Berufsunfähigkeitsrente. Leistungen nach dem Bundeskindergeldgesetz stehen der Gewährung nicht entgegen. Es darf somit (Urteil des BSG vom 08.04.1992, Az.:10 RKg 2/91) keine Anrechnung auf das Kindergeld erfolgen.

## 6. Erforderliche Nachweise

Sofern Sie anspruchsberechtigte Kinder haben und Zahlungen beantragen, bitten wir Sie für jedes Kind um Vorlage folgender Unterlagen:

- Kopie der Geburtsurkunde bzw. Adoptionsurkunde
- Ausbildungsnachweis (Bescheinigung über die Schul- bzw. Berufsausbildung) bzw. bei Kleinkindern amtliche Lebensbescheinigung (erhältlich bei Ihrer Meldestelle bzw. beim Einwohnermeldeamt)
- ärztliches Attest, soweit körperliche, geistige oder seelische Behinderungen vorliegen

bei nichtehelichen Kindern: Nachweis über die Stellung des Kindes zum Mitglied (z. B. Kopie der Vaterschaftsanerkennungsurkunde) **und** Nachweis darüber, dass das Mitglied tatsächlich Unterhalt für das Kind leistet (z. B. Bankauszug, Dauerauftragsbestätigung), also kein Dritter die Sorge für das Kind innehat.