

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47

14163 Berlin

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 . . _____

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 _____

