

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

vom _____ bis _____

Arzt (Name, Anschrift) _____

Telefon-Nr.): _____

Mitgl.-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 _____

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 _____

III. Krankenversicherung

Name und Anschrift Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder private Krankenversicherung

Mitgl.-Nr.:

III. Schlusserklärung

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Bezugsdauer von Berufsunfähigkeitsrente durch die Berliner Ärzteversorgung diese entsprechend § 10 Abs. 3b der Satzung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich zu unterrichten habe, **sobald ich**

- a) eine Tätigkeit jedweder Art aufnehme oder ausübe bzw.**
- b) zur Ausübung eines ärztlichen Berufs** (Definition: Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der das Fachwissen des Heilberufs angewendet oder mitverwendet wird oder angewendet oder mitverwendet werden kann.) **nicht mehr umfassend unfähig bin.**

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt dann mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist.

Ich werde jede Aufenthaltsänderung – mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen – bekannt geben.

Hiermit ermächtige ich, gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht bzw. dem Datenschutzgeheimnis,

- meine gesetzliche und / oder private Krankenversicherung, Auskünfte über die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit sowie den Beginn und Zeitraum der Zahlung von Kranken(tage)geld zu erteilen,
- die Berliner Ärzteversorgung, medizinische Unterlagen von den unter Ziffer II. angegebenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Ämtern bzw. Behörden, Versicherungsunternehmen, Gutachtern sowie am Verfahren beteiligten Versorgungswerken anzufordern,
- die Berliner Ärzteversorgung, die ihr im Rahmen des Rentenverfahrens übersandten Unterlagen an die von ihr beauftragten ärztlichen Gutachter zu übersenden.

Hiermit beantrage ich die Weiterzahlung meiner Rente wegen Berufsunfähigkeit sowie ggf. die Weiterzahlung meiner Kinderzuschüsse zur BU-Rente.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Ich füge folgende medizinische Unterlagen (z. B. aktuelles Attest, Krankenhaus-Entlassungsbericht, Gutachten) bei.

Anlagen
