Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 14 der Satzung

1. Antragsteller

_____
Name, Vorname

_____
Geburtsdatum und -ort

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Telefonnummer

_____
Mitgliedsnummer

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen haben Sie bisher gelitten?

Art der Gesundheits-störung	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

3. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zurzeit?

Art der Gesundheits-störung	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

4. Einstellung der Tätigkeit

Die Rentenzahlung beginnt mit der Einstellung der gesamten beruflichen Tätigkeit i.S. von § 14 Abs. 1 b), wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten danach gestellt wird, sonst mit der Antragstellung. Nach Fortfallen der Berufsunfähigkeit kann ein Antrag nicht mehr gestellt werden. Die Tätigkeit gilt bei ausschließlich freiberuflich Tätigen als nicht eingestellt, solange die Praxis durch einen Vertreter fortgeführt wird. Bei angestellten Rechtsanwälten gilt deren Tätigkeit als nicht eingestellt, solange der Arbeitgeber die Bezüge weitergewährt.

☐ Ich habe meine gesamte berufliche Tätigkeit i.S. von § 14 Abs. 1 b) mit Wirkung zum _____ eingestellt.

☐ Ich werde meine gesamte berufliche Tätigkeit i.S. von § 14 Abs. 1 b) mit Wirkung zum _____ einstellen.

5. Die Rente soll überwiesen werden auf

_____
Kontoinhaber

_____
Kreditinstitut

_____
IBAN

_____
BIC

6. Rentenbezugsmitteilungsverfahren

Gemäß § 22a Abs. 1 EstG ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, Ihre Rentenbezüge an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden, die diese Daten an die zuständigen Länderfinanzbehörden weitergibt.

Für das Meldewesen benötigt das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern zwingend die steuerliche Identifikationsnummer.

steuerliche Identifikationsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7. Angaben zur Kranken- und Pflegekassenzugehörigkeit

Gemäß § 202 SGB V ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, den Beginn, die Höhe, die Veränderung sowie das Ende der Rentenzahlung einer gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherung zu melden, sofern Versorgungsbezieher Mitglieder dieser sind.

☐ Ich bin nicht krankenversichert.

☐ Ich bin privat krankenversichert. **Bestätigung der KV beifügen!**

☐ Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert. **Bestätigung der KV beifügen!**

☐ Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert bei:

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

_____

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kinderlose Rentenbezieher zahlen nach Vollendung des 25. Lebensjahres den vollen Beitrag an die Pflegeversicherung. Die Berechnung des individuellen Beitragssatzes erfolgt anhand der Anzahl und dem Alter der Kinder. Daher reichen Sie bitte die **Geburtsurkunde(n) des Kindes bzw. der Kinder** ein.

☐ Ich bin kinderlos.

☐ Mein/e Kind/er ist/sind älter als 25 Jahre.

☐ Folgende Kinder, sind jünger als 25 Jahre:

Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8. Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

- **ärztliche Atteste, Befunde, Gutachten oder Stellungnahmen über die angegebenen Gesundheitsstörungen gemäß anliegendem Fragenkatalog**
- **Schweigepflichtentbindungserklärung**
- ggf. Bestätigung der Krankenversicherung

9. Erklärung Mitglied

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist außerdem bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beiträge an das Versorgungswerk zurückzuzahlen habe. Dies betrifft insbesondere Änderungen, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflussen (z.B. Anzeigepflicht einer Erwerbstätigkeit gemäß § 14 Abs. 9 der Satzung). Mir ist weiterhin bekannt, dass ich verpflichtet bin, innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides nachzuweisen, dass die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft gemäß § 13 BRAO erloschen ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Schweigepflichtentbindungserklärung

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin

_____
Name, Vorname

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Mitgliedsnummer

Ich entbinde nachfolgend genannte Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u.a.

Herrn / Frau Dr. med. _____

_____

Herrn / Frau Dr. med. _____

_____

Herrn / Frau Dr. med. _____

_____

Herrn / Frau Dr. med. _____

_____

gegenüber dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte Mecklenburg-Vorpommern und dem vom Versorgungswerk beauftragten Gutachter von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit erforderlich ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Anlage

Fragenkatalog für die Begutachtung

1. Liegt ein körperliches Gebrechen oder eine Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte vor?

2. Von welchen Beeinträchtigungen ist das Mitglied betroffen?

3. Führen diese Beeinträchtigungen dazu, dass eine Unfähigkeit des Mitgliedes zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit in den rechts- oder steuerberatenden Berufen oder einer Tätigkeit, die mit diesen Berufen vergleichbar ist, besteht?

4. Seit wann bestehen die in Ziffer 2 genannten Beeinträchtigungen?

5. Mit welcher Dauer der Beeinträchtigungen i.S. der Ziffer 2 ist nach jetziger Sicht zu rechnen?

6. Bei der Beantwortung der nachstehenden Fragen zur Beurteilung des Leistungsvermögens kommt es auf die Ausübung der Erwerbstätigkeit i.S. der Ziffer 3 im Allgemeinen an.

    6.1. Ist es dem Mitglied möglich, mit Dritten zu kommunizieren, ggf. wie?

    6.2. Kann sich das Mitglied aus Unterlagen oder Gehörtem ein eigenes Urteil bilden und wenn ja, mit welchem Aufwand ist dies möglich?

    6.3. Kann das Mitglied noch in freier Rede auftreten?

    6.4. Wäre das Mitglied gesundheitlich noch in der Lage, stundenweise und ohne Termindruck konzentriert juristisch zu arbeiten, z.B. indem es Gutachten anfertigt?

    6.5. Wie mobil (körperlich/geistig) ist das Mitglied? Welche Hilfsmittel werden benötigt?

7. Bedarf es weiterer Begutachtungen aus anderen Fachgebieten?