

Bitte zurück an die

**Apothekerversorgung Berlin
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)**

Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

I. Personalien	Mitgl.-Nr.:
-----------------------	--------------------

Titel _____ Geburtsname _____

Name * _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

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 erzielen 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

VI. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **Inländischen berufsständischen Versorgungswerk** entrichtet?

- nein
- ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Haben Sie 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, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

- nein
- ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / 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. Schlusserklärung

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Bezugsdauer von Berufsunfähigkeitsrente durch die Apothekerversorgung Berlin diese entsprechend § 17 der Satzung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich zu unterrichten habe, **sobald ich**

- a) **eine Tätigkeit jedweder Art aufnahme oder ausübe bzw.**
- b) **zur Ausübung eines pharmazeutischen Berufs 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,

- 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 Apothekerversorgung Berlin, medizinische Unterlagen von den unter Ziffer VI. angegebenen Versicherungsträgern / Versorgungseinrichtungen anzufordern und / oder an diese weiterzuleiten,
- die Personalabteilung meines Arbeitgebers, Auskünfte über das Ende der Gehaltszahlung zu erteilen,
- die Apothekerversorgung Berlin, die ihr im Rahmen des Rentenverfahrens übersandten Unterlagen an die von ihr beauftragten ärztlichen Gutachter zu übersenden.

Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Ämter bzw. Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Gutachter entbinde ich von der Schweigepflicht bzw. dem Datenschutzgeheimnis.

Hiermit beantrage ich Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Das „Merkblatt BU“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Die Apothekerversorgung Berlin 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 die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie krankenversichert? (Mehrfachantwort möglich)

- ja, ich bin gesetzlich krankenversichert
 ja, ich bin privat krankenversichert
 nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Bitte Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung, den Beginn Ihrer dortigen Mitgliedschaft sowie Ihre Mitglieds- und Rentenversicherungsnummer angeben:

Name: _____ Mitglied seit: _____

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet: _____

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

- 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 beifügen**) nein

Ort

Datum

Unterschrift

Anlage zum Rentenantrag Vollmacht zum Rentenbezug

Titel, Vorname Name

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß Satzung der Apothekerversorgung Berlin bis zum Ablauf des Sterbemonats* besteht, bevollmächtige ich hiermit die

**Apothekerversorgung Berlin
Potsdamer Straße 47
14163 Berlin (Zehlendorf)**

ggf. 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**

* gilt nicht bei

- Witwen-/Witwerrente bei Wiederverheiratung
- Waisenrente: vollendetes 27. Lebensjahr oder Ausbildungsende