

Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg  
Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg, Tel.: (040) 227 196 - 0

## Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

(gemäß § 10 des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg)

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_

**Bitte schreiben Sie lesbar oder in Druckschrift. Bitte fügen Sie vorhandene Arztberichte in Kopie bei. Vielen Dank!**

### 1) ANGABEN ZUR PERSON

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer für kurzfristige Rückfragen – die Angabe ist freiwillig)

ledig ( ); verheiratet ( ); verpartnert ( ); geschieden ( ); verwitwet ( )

\_\_\_\_\_  
(Name und Geburtsdatum des Ehegatten/ Lebenspartners)

\_\_\_\_\_  
seit wann?

### 2) KINDER:

Bitte übersenden Sie uns für die Kinder unter 27 Jahren, die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine Kopie der Geburtsurkunde, die Lebensbescheinigung und soweit zutreffend aktuelle Ausbildungsnachweise.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kindes, Geburtsdatum

### 3) Meine (elfstellige) STEUERIDENTIFIKATIONSNUMMER lautet:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### 4) Meine BANKVERBINDUNG

IBAN: 

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(nur wenn der Kontoinhaber nicht das Mitglied ist)

#### 5) Angaben zur beruflichen Tätigkeit

- Ich war zuletzt ärztlich tätig als (bitte mit Facharztbezeichnung und ggf. Arbeitgeber angeben):
- Angestellte/r    
  Beamter/in    
  Soldat/in    
  selbständig tätig

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

- Ist die Erkrankung eine Berufskrankheit oder ein Berufsunfall?      ja      nein
- Wann **endete oder endet die Gehaltsfortzahlung** bzw. bis zu welchem Zeitpunkt erzielten Sie **Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit** (auch durch einen ärztlichen Vertreter)? Bitte Bescheinigung vom Arbeitgeber beifügen:

Datum: \_\_\_\_\_

- Wann wurde oder wird die KV-Zulassung zurückgegeben?

Datum: \_\_\_\_\_

- **Wann wurde oder wird die gesamte ärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt?**

Datum: \_\_\_\_\_

- Haben Sie einen **Antrag auf Zahlung von Krankengeld** gestellt oder beziehen Sie Krankengeld bzw. Krankentagegeld?

Ja: Bei Name und Anschrift der Versicherung:

Nein

- Haben Sie gegen Dritte Schadenersatzansprüche (z.B. Rente und/oder Kapitalabfindung aus Verkehrsunfall, Impfschaden, Verletzungen als Soldat im In- oder Ausland)? Wenn ja, bitte auf Beiblatt gesondert auführen.

ja      nein

**6) ANTRAGSBEGRÜNDUNG ( bitte ggf. gesondertes Beiblatt beifügen)**

- a) Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor, die zur Antragstellung geführt haben?
- b) Wer behandelt Sie zurzeit? Waren Sie bereits in stationärer Behandlung (wann) oder gab es bereits Rehabilitationsmaßnahmen? Wir bitten um Angabe der Kliniken und Behandlungszeiträume:
- c) Derzeitige Therapie:

**7) Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungswerk?**

Waren Sie vor Ihrer Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg bereits Mitglied in einem anderen Versorgungswerk?

Nein

Ja, ich war Mitglied im Versorgungswerk \_\_\_\_\_

**8) Name der aktuellen gesetzlichen/privaten Krankenkasse oder Krankenversicherung**

Name: \_\_\_\_\_

Mitglieds- bzw. Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**9) Rentenversicherungsnummer bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (12stellig)**

I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

(Beispiel 1 2 2 6 1 0 5 5 R 5 7 8)

**10) Bitte noch ankreuzen, und möglichst gleich mit diesem Antrag zurückschicken:**

- Eine Kopie meines Personalausweises füge ich bei.
- Eine Kopie meines Personalausweises reiche ich später nach.

**Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:**

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte und Ärztinnen, Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich behandelt haben, und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt in dem Monat, in dem die Berufsfähigkeit wieder hergestellt ist. Jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen, **insbesondere zur Krankenversicherung**, werde ich dem Versorgungswerk unverzüglich schriftlich mitteilen. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Leistungserbringung ausschließen können.

Die Erklärung über die **Entbindung von der Schweigepflicht** übersende ich anbei.

Unterschrift für den Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich, \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_, erteile dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg die folgende Vollmacht für den Rentenbezug:**

Mir ist bekannt, dass nach dem Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg (§ 12 Abs. 7 VSt) der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente und auf die gegebenenfalls nachfolgende Altersrente mit Ablauf des Sterbemonats erlischt. Ich bevollmächtigte daher das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Stadthausbrücke 12, 20355 Hamburg gegebenenfalls nach meinem Tod überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift für die Rückrufvollmacht