

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 14 der Satzung

1. Antragsteller

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedsnummer

2. Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

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

Art der Gesundheitsstörung	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

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

Art der Gesundheitsstörung	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

5. Einstellung der Tätigkeit

Die Rentenzahlung beginnt mit der Einstellung der beruflichen Tätigkeit, 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 Rechtsanwaltschaftigkeit 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 rechtsanwaltliche Tätigkeit mit Wirkung zum _____ eingestellt.
- Ich werde meine gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit mit Wirkung zum _____ einstellen.

6. 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 plichtversichert bei:

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer:

- Ich bin kinderlos?
- Ich bin nicht kinderlos?

7. Rentenbezugsmitteilungsverfahren

Gemäß § 22 a 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:

8. Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

- **gutachterliche Bescheinigung eines Arztes über die angegebenen Gesundheitsstörungen gemäß anliegendem Fragenkatalog**
- **Vollmacht zum Berufsunfähigkeitsrentenbezug**
- **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 zurückzahlen habe. Dies betrifft insbesondere Änderungen, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflussen. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich die Kosten für den von mir bestimmten Gutachter selbst zu tragen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmacht zum Berufsunfähigkeitsrentenbezug

Nach § 14 Abs. 2 Ziff. 3 der Satzung besteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ablauf des Sterbemonats. Ich bevollmächtige hiermit das

**Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin**

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das diese überwiesen wurden. Die Vollmacht gilt auch über den Tod hinaus. Zur Überprüfung der Berechtigung zur Rückforderung ist das kontoführende Institut nicht verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Bei abweichendem Kontoinhaber:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

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

Fragenkatalog für die Begutachtung

1. Liegt ein körperliches Gebrechen oder eine Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte vor?
2. Welche Beeinträchtigungen liegen vor?
3. Führen diese Beeinträchtigungen dazu, dass das Mitglied zur Ausübung des Rechtsanwaltsberufes unfähig ist?
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 das Berufsbild des Rechtsanwalts 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?