

5. Begründung des Rentenantrages

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörung halten Sie sich für berufsunfähig?	
seit	wegen
Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang - wieviel Stunden täglich)	
Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig krank?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krankenkasse / Verwaltungsstelle (Name, Anschrift)
Sind die Gesundheitsstörungen durch einen Unfall verursacht worden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	durch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anerkannt von welcher Stelle? <input type="checkbox"/> Aktenzeichen

6. Ambulante ärztliche Behandlungen

Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung?

Arzt (Name, Anschrift)	Behandlung wegen	vom - bis

7. Stationäre ärztliche Behandlungen

Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?

Krankenhaus (Name, Anschrift, Abteilung / Station)	Behandlung wegen	vom - bis

8. Ärztliche Untersuchungen

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der BfA / LVA (Medizinischer Dienst)	Aktenzeichen	am
	vom Arbeitsamt	Aktenzeichen	am
	vom Gesundheitsamt	Aktenzeichen	am
	von der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	am
	vom Betriebsarzt (Name, Anschrift des Arbeitgebers, Personalnummer)		am
	vom Versorgungsamt, Aktenzeichen	am	Schwerbehindert? Grad der Behinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	%		

9. Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung		Bezugszeitraum von – bis / beantragt am zahlende Stelle, Aktenzeichen
Rente wegen verminderter Erwerbstätigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Rente wegen Berufsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld vom Arbeitsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Krankengeld von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Versorgungsrente vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

10. Kinderzuschuss

Beantragen Sie Kinderzuschuss gemäß § 26 der Satzung?

nein ja

Bitte beachten!

Anspruch auf Kinderzuschuss haben Empfänger von Berufsunfähigkeitsrente für jedes eheliche, nichteheliche und an Kindes Statt angenommene Kind, dass das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei weiterer Schul- oder Berufsausbildung besteht Anspruch bis zur Beendigung der Ausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Bei Verhehlung des Kindes fällt der Kinderzuschuss in jedem Fall weg.

10.1. Angaben zu den Kindern

Vorname Name	Geburtsdatum	Wohnsitz	Kindschaftsverhältnis (z.B. eheliches, leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)	Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet)

10.2. Sonstige Angaben zu der unter Ziffer 10.1. aufgeführten Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben

Vorname des Kindes, dass das 18. Lebensjahr vollendet hat	Ausbildungsart Schulbildung Fach- / Hochschulausbildung Berufsausbildung Gesetzliche Wehr- oder Ersatzdienstpflicht	von – bis / voraussichtliches Ende

11. Sonstige Angaben

Ist ein Versorgungsausgleichsverfahren anhängig oder wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lebt der frühere Ehegatte noch?	
Wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Letzte Anschrift

12. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers gemäß § 24 (3) der Satzung Hiermit erkläre ich,

12.1. dass ich meine **Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt** bei

Arbeitgeber	
PLZ	Anschrift
<input type="checkbox"/> am aufgegeben habe. <input type="checkbox"/> am aufgeben werde.	

12.2. dass ich meine selbständige Tätigkeit als

Art der Tätigkeit	Firmenname / Anschrift
am	
<input type="checkbox"/> am aufgegeben habe. <input type="checkbox"/> am aufgeben werde.	

12.3. Nur möglich bei nachgewiesenermaßen vorübergehender Berufsunfähigkeit

- dass ich mein Büro durch einen Vertreter für längstens 2 Jahre – in besonderen Fällen für 3 Jahre – fortführen lasse.

13. Erklärung und Schweigepflichtsentbindung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich verpflichte mich, die Ingenieurversorgung M-V über die Aufnahme einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit unverzüglich zu informieren.

Ich verpflichte mich, die Ingenieurversorgung Mecklenburg-Vorpommern nach Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. **Mir ist bekannt**, dass wissentlich falsche oder unterlassene Angaben zu rechtlichen Konsequenzen, der Einstellung der Leistung und gegebenenfalls zu Rückforderungsansprüchen führen können.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ingenieurversorgung M-V von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Berufsunfähigkeit nicht vorsätzlich herbeigeführt habe (§ 32 a Satzung über die Ingenieurversorgung M-V).

14. Daten

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Bearbeitung meines Rentenantrages elektronisch gespeichert werden. Eine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner Zustimmung.

Als Anlagen sind beizufügen:

- Kopie des Personalausweises der Antragstellerin / des Antragstellers
 - Kopie der Geburtsurkunden für unter Punkt 10.1. aufgeführte Kinder
- Darüber hinaus bei
- A) einem Stiefkind | Heiratsurkunde des Versicherten und Bescheinigung der Meldebehörde
 - B) einem Pflegekind | Nachweis über das Pflegekindschaftsverhältnis und Bescheinigung der Meldebehörde
 - C) einem Enkel, Bruder oder Schwester | Bescheinigung der Meldebehörde, bei einem Enkel zusätzlich eine Heiratsurkunde der Eltern und Großeltern
 - D) bei einem leiblichen Kind eines männlichen Versicherten, der zurzeit der Geburt des Kindes nicht mit der Kindesmutter verheiratet war | Vaterschaftsanerkennung, gerichtliche Entscheidung oder Auszug aus dem Geburtsregister

Folgende Nachweise zu 10.2. bitte beifügen:

<input type="checkbox"/> Schulausbildung	Bescheinigung der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule über Beginn und voraussichtliches Ende
<input type="checkbox"/> Fach- / Hochschulausbildung	
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	Ausbildungsvertrag und Bestätigung der Ausbildungsstätte
<input type="checkbox"/> gesetzliche Wehr- oder Ersatzdienstpflicht	Bescheinigung des zuständigen Trägers

 Ort / Datum

 Unterschrift