

Ingenieurversorgung Mecklenburg-Vorpommern

Versorgungswerk der Ingenieurkammer Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ingenieurversorgung M-V • Demmlerstr. 17 • 19053 Schwerin

Telefon: 0385/55837-76 bis -81 / Fax: -82

e-mail: info@ingenieurversorgung-mv.de

Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus,
damit wir umgehend über Ihre beantragte Leistung
entscheiden können!

Zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrages können
weitere Unterlagen nachgefordert werden.

Eingangsstempel der Ingenieurversorgung M-V

1. Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum 	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort		telefonisch tagsüber erreichbar	
derzeitige Adresse: PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer			

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
Anschrift: Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer	
telefonisch tagsüber zu erreichen	Telefax

3. Zahlungsweg: Die Rente soll auf mein Konto überwiesen werden.

Geldinstitut: Name, Ort	
BIC _ _ _ _ _ / _ _ _	IBAN DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

4. Kranken- und Pflegeversicherung

4.1 Angaben zur Krankenversicherung gem. § 202 SGB V

Name / Anschrift der KK / Privaten KV	Mitglied		Art der Versicherung Familienversichert	Privat
	pflichtig	freiwillig		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sozialversicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 Angaben zur Pflegeversicherung gem. § 202 SGB V

4.2.1 Elterneigenschaft

liegt Elterneigenschaft vor: (zutreffendes bitte ankreuzen) ☐ ja ☐ nein

Nachweis zur Elterneigenschaft: Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder

Nachweise sind notwendig zur Bestimmung der Höhe der Beitragszahlung in der Pflegeversicherung ggf. auch zur Bestimmung der Zahlung eines Kinderlosenzuschlages.

4.2.2 Beihilfe

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

5. Rentenbezugsmitteilung an das Bundeszentralamt für Steuern

Gemäß EStG haben berufsständische Versorgungseinrichtungen gezahlte Leistungen nach dem EStG der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden. Die Übermittlung erfolgt über die persönliche Steuer-Identifikationsnummer des Renten-Antragstellers.

Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. 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 - wie viel Stunden täglich)

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit	Krankenkasse / Verwaltungsstelle (Name, Anschrift)
---	------	--

Sind die Gesundheitsstörungen durch einen Unfall verursacht worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	durch	anerkannt von welcher Stelle?	Aktenzeichen
---	-------	-------------------------------	--------------

7. Ambulante ärztliche Behandlungen

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

Arzt (Name, Anschrift)	Behandlung wegen	vom - bis

8. Stationäre ärztliche Behandlungen

Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?

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

9. Ärztliche Untersuchungen

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der DRV Bund (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 %

10. 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	

11. 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.

11.1. Angaben zu den Kindern

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

11.2. Sonstige Angaben zu der unter Ziffer 11.1. aufgeführten Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben

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

12. Beitragszahlungen an andere Rententräger

Haben Sie Beiträge zu einem anderen **inländischen berufsständigen Versorgungswerk** entrichtet?

☐

ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

☐

nein

Von	Bis	Name des Versorgungswerkes	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 **EWL** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

☐

Ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

☐

nein

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger/ Versorgungssystem	Versicherungsnummer/ Aktenzeichen

13. Sonstige Angaben

Ist ein **Versorgungsausgleichsverfahren** anhängig oder wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Scheidung durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

Wann?

Lebt der frühere Ehegatte noch?

☐ nein ☐ ja

Letzte Anschrift

14. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers gemäß § 24 (3) der Satzung

Hiermit erkläre ich,

14.1. ☐ dass ich meine **Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt** bei

Arbeitgeber

PLZ

Anschrift

☐ am aufgegeben habe. ☐ am aufgeben werde.

14.2. ☐ dass ich meine **selbständige Tätigkeit** als

Art der Tätigkeit

Firmenname / Anschrift

am

☐ am aufgegeben habe. ☐ am aufgeben werde.

14.3. ☐ dass ich mein Büro von einem Vertreter für längsten 2 Jahre – in besonderen Fällen für 3 Jahre – fortführen lasse.

Bürovertreter

Firmenname / Anschrift

☐ ab

15. Erklärung und Schweigepflichtentbindung 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 dazugehörenden 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 entbinde hiermit die im Antrag angegebenen Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden oder die aus den überlassenen Unterlagen Ersichtlichen von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Dieser Umstand gilt unter der Voraussetzung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und dem von mir beauftragten Versorgungswerk der Ingenieure M-V bzw. die von diesem Beauftragten (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Die Angehörigen der Heilberufe, sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, der Ingenieurversorgung M-V bzw. von dieser Beauftragten Auskunft zu geben, die mit der Antragstellung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit bei der Ingenieurversorgung M-V im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

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

16. 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 11.1. bzw. 11.2. 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) 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
- E) Nachweis Elterneigenschaft (Kopie einer Geburtsurkunde reicht)

Folgende Nachweise zu 11.2. 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