

**Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gem. § 18 der Satzung
Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg**

An das:

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
In der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39

20354 Hamburg

Gem. § 18 der Satzung des Versorgungswerkes der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in der Freien und Hansestadt Hamburg beantrage ich die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente und mache hierzu folgende Angaben:

1. Angaben zur Person

Mitgliedsnummer: _____

Name _____

Vorname _____

Tel. / Mobil _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Ort _____

Familienstand _____

Art der zuletzt ausgeübten anwaltlichen Tätigkeit _____

2. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

Art der Krankheit	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

3. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zur Zeit?

Art der Krankheit	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

4. Versichern Sie wahrheitsgemäß, dass Sie Ihre gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit eingestellt haben bzw. einstellen werden und ab diesem Zeitpunkt auch nicht der Arbeitsvermittlung bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen? Eine etwaige Wiederaufnahme der rechtsanwaltlichen Tätigkeit vor Eintritt der Regelaltersrente ist dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen.

() Ich habe meine gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit mit Wirkung zum _____ eingestellt.

() Ich werde meine gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit mit Wirkung zum _____ einstellen.

5. Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z. B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, berufsständische Versorgung, Lebensversicherung etc.)?

Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben!

6. Beziehen Sie derzeit Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Entgeltersatzleistungen von einer anderen Stelle oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit etc.)?

Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben!

7. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Das Versorgungswerk ist nach § 202 SGB V verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB

Wenn ja:

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

Abklärung des **Beitragszuschlages für Kinderlose** in der gesetzlichen Pflegeversicherung:

Haben Sie leibliche Kinder, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?
(sind Kinder vorhanden, gilt die gesetzliche Zuschlagsbefreiung von der Pflegeversicherung für Mitglieder gesetzlicher Kassen)

() Ja (bitte für jedes Kind die **Geburtsurkunden** in Kopie beifügen)

() Nein

8. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig; bitte nicht die alte Steuernummer!)

Steuer-ID											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Versorgungswerk ist nach § 22 a des Einkommensteuergesetzes (EStG) verpflichtet, der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) Leistungen zu melden, die einem Leistungsempfänger zugeflossen sind. Hierfür benötigen wir Ihre steuerliche Identifikationsnummer.

9. Bankverbindung für die Überweisung der Rente

Geldinstitut _____
(Name u. Ort) _____

IBAN																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Datum

Unterschrift

Alle Renten unterliegen seit 2005 grundsätzlich der Steuerpflicht.

Ihr Rentenbezug muss von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet werden.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (bitte Anmerkungen unten beachten):

- a) Bescheinigung Ihres Arztes (Arztbericht) über die gestellte Diagnose(n) die zur Berufsunfähigkeit führt(en),
- b) Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Anlage),
- c) Bescheinigung des Arbeitgebers (soweit anwendbar), wann das Arbeitsverhältnis endet und wie lange Gehalt gezahlt wird.

Anlage

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
Vollmacht zum Altersrentenbezug

Anlage

Mitgliedsnummer: _____

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39
20354 Hamburg

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u. a.

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

dem Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in der Freien und Hansestadt Hamburg und dem vom Versorgungswerk beauftragtem Gutachter gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Ort

Datum

Unterschrift

Vollmacht zum Altersrentenbezug

Titel, Name, Vorname

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Altersrente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit das

**Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39
20354 Hamburg**

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**