

## Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Gemäß § 21 der Satzung des Sächsischen Rechtsanwaltsversorgungswerks beantrage ich Berufsunfähigkeitsrente und mache hierzu folgende Angaben:

### I. Personalien:

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße PLZ/Ort		
Mitgliedsnummer:		
Rentenversicherungsnummer		
Steuer-Identif.nr.:		
Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der zuletzt ausgeübten Tätigkeit	Selbständig: <input type="checkbox"/>	Angestellt: <input type="checkbox"/>

Wird derzeit Lohnfortzahlung gezahlt? <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja / nein
Wird derzeit Krankengeld gezahlt? <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja / nein
Falls ja, bitte Belege seit Beginn der Zahlung beifügen

### II. Krankheiten:

#### 1. Krankheiten in den vergangenen 5 Jahren

Ich hatte keine Erkrankungen in den letzten 5 Jahren

Ich hatte folgende Erkrankungen/diagnostizierte Beschwerden:

Art der Erkrankung/diagnostizierte Beschwerden	Dauer der Erkrankung in Monaten	Behandelnder Arzt (bitte Anschrift angeben)	Stationäre/Ambulante Betreuung im Krankenhaus (bitte Anschrift angeben)	sonstige Bemerkungen
1)				
2)				

<b>2. Derzeitige Krankheiten, Beschwerden, Gebrechen:</b>				
Art:	Beginn:	Behandelnder Arzt (bitte Anschrift angeben)	Stationäre/Ambulante Be- treuung im Krankenhaus (bitte Anschrift angeben)	sonstige Bemerkungen
1)				
2)				
3)				

<b>3) Beruhen die Krankheiten, Beschwerden, Gebrechen auf einem Schadensereignis wie Verkehrsunfall, Körperverletzung, sonstige Schädigung durch Dritte?</b>	Nein:	Ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ereignis:	
	Diagnose:	
Schädiger: (Bitte Anschrift angeben)		
Versicherung: (Bitte Anschrift und Versicherungsnummer angeben)		

<b>3a) Laufende Verfahren über Entschädigung durch Dritte</b>	Nein:	Ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gericht:		
Aktenzeichen:		

<b>4) Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung</b>	Nicht mehr anwaltlich tätig: <input type="checkbox"/>	Weiterhin anwaltlich tätig <input type="checkbox"/>
		In welchem Umfang?  In welchem sonstigen Beruf?

<b>5) Liegen Gutachten zur Krankheit, Erkrankung, Gebrechen vor:</b>	Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/>
		Gutachten vom  Bitte als Kopie beifügen:

<b>6) Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt</b> (z.B. bei Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, Berufsständische Versorgung, private Versicherungsgesellschaften)	Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/>
Wurde die Rentenleistung abgelehnt? Ggf. Bescheid bitte beifügen		Antrag vom _____  Belege bitte beifügen

<b>7) Krankenkasse Ich bin</b>	gesetzlich <input type="checkbox"/>	gesetzliche freiwillig <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>
krankenversichert bei der: Krankenkasse: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon/Telefax-Nr.: _____ Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____			

### III. Bankverbindung

Name des Kreditinstituts	
BLZ/ Kontonummer	
Name des Kontoinhabers (falls abweichend)	
IBAN (International Bank Account Number)/ BIC (Bank Identifier Code)	

### III. Verarbeitung

#### 1. Beizufügende Unterlagen

**A)**

Ärztliche Gutachten eines Facharztes aus dem Bereich der Gesundheitsstörung, die die Berufsunfähigkeit hervorgerufen hat.

Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, die lediglich die Diagnose und die Feststellung der Berufsunfähigkeit enthält, genügt nicht. Aufgrund der bestehenden Auskunftspflicht sind grundsätzlich alle vorhandenen fachärztlichen Gutachten/Befunde vorzulegen.

**B)**

Erklärung über die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Versorgungswerk

**C)**

Bei Angestellten: Bescheinigung über die Dauer der Lohnfortzahlung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses

#### Hinweis:

Bei fehlenden Unterlagen kann der Antrag nicht bearbeitet werden. Bitte prüfen Sie deshalb Ihren Antrag auf Vollständigkeit.

#### 2. Einwilligung zur elektronischen Datenverarbeitung

Ihre Daten werden gespeichert und elektronisch verarbeitet; mit der Antragstellung stimmen Sie der Verarbeitung der Angaben durch das Sächsische Rechtsanwaltsversorgungswerk gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 SächsDSG zu.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass im Falle falscher oder unvollständiger Auskünfte die Berufsunfähigkeitsrente versagt werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift