

Steuerberaterversorgungswerk
Schleswig-Holstein
-K. d. ö. R.-
Hopfenstraße 2 d
24114 Kiel

Mitgliedsnummer

						/	0	0	/	0	7	2	
--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Gem. § 17 der Satzung des Versorgungswerks der Steuerberaterinnen und Steuerberater im Land Schleswig-Holstein beantrage ich Berufsunfähigkeitsrente und mache hierzu folgende Angaben:

A. Allgemeine Personalien

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) Antragsteller/in		Geburtsdatum
Anschrift (Straße/ggf. Postfach)		tagsüber telefonisch erreichbar unter
Postleitzahl	Wohnort	Telefax
Steueridentifikationsnummer		
Sozialversicherungsnummer		

B. Angaben zur Berufsunfähigkeit

1. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

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

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie z.Zt.?

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

3. Seit wann sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr als Steuerberater tätig?

4. Beziehen sie bereits von einer anderen Stelle eine Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z.B. Berufsgenossenschaft, BfA, LVA, Knappschaftsversicherung, Berufsständische Versorgung etc.)? Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben.

5. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (bitte Anmerkung unten beachten):

- a. Ausführliche gutachterliche Bescheinigung eines Arztes über die Gesundheitsstörung, die die Berufsunfähigkeit bedingen (s. Merkblatt)*
- b. Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Vordruck).
- c. Bescheinigung des Arbeitgebers (soweit anwendbar), wann das Arbeitsverhältnis endet und wie lange Gehalt gezahlt wird oder wurde.

*Zu Ziff. 5. a):

Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, die **lediglich die Diagnose und die Feststellung der Berufsunfähigkeit enthält, genügt grundsätzlich nicht**. Für die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente ist **unbedingt die Angabe von Befunden** erforderlich.

C. Zahlungsweg

Die Rente soll auf mein Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber (Name, Vorname, Anschrift)		<input type="checkbox"/> wie oben
IBAN		
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
BIC		Bei (Bezeichnung des Kreditinstituts)

Wird die Überweisung auf das Konto einer Vertrauensperson gewünscht, bitte Namen, Anschrift und deren Bankverbindung angeben.

D. Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) gesetzlich krankenversichert

Krankenversicherung
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)
Versicherungsnummer

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert. Eine Bescheinigung meiner Krankenversicherung füge ich bei.

Ich bin privat krankenversichert. Eine Bestätigung meiner privaten Krankenversicherung füge ich bei.

E. Angaben zum Versicherungsverlauf

1. Werden Kinderbetreuungszeiten geltend gemacht?

nein ja, bitte Tabelle ausfüllen und Kopien der jeweiligen Geburtsurkunden beifügen.

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum
	1	Geburtsort	Beginn Erziehungszeit Ende Erziehungszeit
2	Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum
		Geburtsort	Beginn Erziehungszeit Ende Erziehungszeit
3	Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum
		Geburtsort	Beginn Erziehungszeit Ende Erziehungszeit
4	Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum
		Geburtsort	Beginn Erziehungszeit Ende Erziehungszeit

2. Haben Sie bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit vom Versorgungswerk bezogen?

nein ja, bitte Tabelle ausfüllen.

Lfd. Nr. 1	Bezugszeitraum vom	bis	beantragt am
2	Bezugszeitraum vom	bis	beantragt am

3. Wurde ein Versorgungsausgleich durchgeführt?

nein ja, bitte nachfolgende Fragen beantworten.

Lebt der frühere Ehegatte noch?

nein ja, letzte Anschrift _____ .

Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten zum Unterhalt verpflichtet?

nein ja, mit Urteil vom _____ .

Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben. Mit ist bekannt, dass meine Daten im automatisierten Verfahren gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift