

Bitte senden Sie diesen Antrag (am besten elektronisch) ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Posteingang beim Versorgungswerk

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Ich beantrage die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 25 der Satzung des Versorgungswerks der Architektenkammer Sachsen

für einen vorübergehenden Zeitraum vom _____ bis zum _____
auf Dauer ab dem _____ .

Hinweise: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir laut Satzung einige wichtige Informationen und Unterlagen von Ihnen. Bitte beantworten Sie deshalb die gestellten Fragen vollständig und senden Sie uns diese möglichst umgehend. Ihre Mithilfe ist laut Satzung in § 25 Abs. 3 geregelt. Bitte beachten Sie, dass eine Nichteinhaltung dessen, eine Ablehnung Ihres Antrages zur Folge haben kann.

Ihre gemachten Angaben im Formular sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrages notwendig und erforderlich. Sie werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Ihre Daten werden unter Beachtung der Datenschutzverordnung erhoben und nur an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Bearbeitung Ihres Antrages notwendig ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt oder eine andere gesetzliche Erlaubnis vorliegt.

Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Website unter www.vwaks.de/datenschutz einsehen.

ANGABEN ZUR PERSON:

Name, Vorname

Teilnehmernummer

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geschlecht

derzeitige Tätigkeit

Identifikationsnummer (vom Bundeszentralamt für Steuern)

Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer von der Rentenversicherung Bund)

Ehescheidung mit Versorgungsausgleich

ja

nein

wann _____

Wenn ja, Name und Geburtsdatum des Ehepartners

Drittschuldner

ja

nein

wann _____

Ist die Berufsunfähigkeit durch Fremdverschulden verursacht wurden?

ja

nein

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden?

ja

nein

Wenn ja, wo? _____

Bestehen auch Rentenansprüche aus einem EU-Mitgliedsstaat oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk?

ja

nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ausfüllen (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen).

Land

Name des Versicherungsträgers

Rentenversicherungszeiten

Land

Name des Versicherungsträgers

Rentenversicherungszeiten

KONTODATEN:

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

Name des Kontoinhabers _____

Kreditinstitut (Name) _____

BIC _____

IBAN _____

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

BEGRÜNDUNG DES ANTRAGES:

Hinweise: Um uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen zu können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden so ausführlich wie möglich und geben Sie bereits diagnostizierte Gesundheitsstörungen (falls bekannt, bitte unter Angabe des ICD-Codes) an. Schildern Sie deren Auswirkungen auf die Fähigkeit der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit als Architekt.

Bitte fügen Sie aussagekräftige, aktuelle ärztliche Unterlagen (z. B. Befunde, Entlassungsberichte oder bereits vorhandene Gutachten), insbesondere zu diagnostizierte Gesundheitsstörungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen bei.

Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt.

Wegen welcher Gesundheitsstörung halten Sie sich für berufsunfähig?

Seit wann halten Sie sich für berufsunfähig? Bitte geben Sie ein Datum an und nennen gegebenenfalls ein auslösendes Ereignis.

Datum: _____

Auslösendes Ereignis:

Können Sie nach Ihrer Auffassung noch berufliche Tätigkeiten als Architekt ausüben?

nein

ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang (tägliche Stunden)?

Bei welchem Arzt waren Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörungen, wegen der Sie sich berufsunfähig fühlen, in Behandlung? Bitte geben Sie Namen, Fachrichtung und Anschrift des Arztes an.

Bei wem waren Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörungen, wegen der Sie sich berufsunfähig fühlen, in stationärer Behandlung? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses bzw. der Einrichtung und die Bezeichnung der Abteilung und die Anschrift an.

Wurden wegen Ihrer Gesundheitsstörung bereits ärztliche Begutachtungen (z. B. im Auftrag der Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder sonstiger Stellen) durchgeführt?

nein ja

Wenn ja, in wessen Auftrag und bei wem hat eine ärztliche Begutachtung stattgefunden?

Auftrag gebende Stelle: _____

Name des Arztes: _____

Anschrift des Arztes: _____

BITTE FÜGEN SIE DEM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI:

- Kopien von Geburtsurkunde und Personalausweis des Antragstellers
- Kopie der Geburtsurkunde von mindestens einem Kind
(Wird als Nachweis für das Kinderberücksichtigungsgesetz benötigt, welches einen Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,35 % zur Pflegeversicherung vorsieht.)
- Anlage Krankenkasse
- Anlage Bank
- Ausführliches medizinisches Gutachten vom Facharzt sowie sämtliche relevanten Arztberichte, Krankenhaus- und Kurberichte, Röntgen- und Laborbefunde, Vorgutachten
- Erklärung zur Einstellung der beruflichen Tätigkeit
- Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht aller eingebundenen Ärzte

Wenn Sie Kindern zwischen 18 und 27 Jahren haben, die sich in Ausbildung befinden:

- Nachweis über die Ausbildung (Schule/Universität/Fachschule/Ausbildungsbetrieb)
- Kopien der Geburtsurkunden der Kinder
- Anlage Kinder

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE KRANKENKASSE:

Teilnehmernummer

Wir sind verpflichtet, bereits beim Rentenantrag die zuständige Krankenkasse zu ermitteln.
Auch aus den Versorgungsbezügen des Versorgungswerkes sind gegebenenfalls
Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsbeiträge abzuführen.

Wir bitten um vollständige Angaben:

Krankenkasse:

BITTE ANKREUZEN:

Ich bin ...

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

familienversichert

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE KINDER

Teilnehmernummer

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Kind/Ihre Kinder unter 27 Jahre alt ist/sind und sich noch in Ausbildung befindet/befinden (Schule/Ausbildungsbetrieb/Fachschule/Universität).

Angaben zum Kind/Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ANLAGE BANK

Teilnehmernummer

VOLLMACHT:

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

Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

überzahlte Leistungen von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers