

Potsdamer Straße 47·14163 Berlin (Zehlendorf)
Telefon (030) 81 60 02 – 0·Telefax (030) 81 60 02 – 40
E-Mail ivn@versorgungswerke-berlin.de
Internet www.ingenieurversorgung-niedersachsen.de

Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

(§ 28 der Satzung über das Versorgungswerk der Ingenieurkammer Niedersachsen)

zur Mitgl.Nr.

1. Angaben zur Person

Name*		Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geburtsort (Kreis/Land)			
Privatanschrift: Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		Tagsüber telefonisch zu erreichen

*Bitte Kopie der Geburtsurkunde oder des Personalausweises beifügen

Familienstand: ledig geschieden seit _____ verheiratet/wiederverheiratet seit _____

2. Antragstellung durch andere Person (ggf. bitte Vollmacht beifügen)

Der Antrag wird gestellt von

Name, Vorname, Dienststelle, ggf. Aktenzeichen		
Derzeitige Adresse: Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	Tagsüber telefonisch zu erreichen

in der Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

3. Zahlungsweg

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>
Geldinstitut:	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/>

4. Angaben zur Steueridentifikationsnummer

Steuer-ID:

Name des Mitglieds:

geb. am:

Das Versorgungswerk ist verpflichtet, den Rentenbezug nach §22a EstG an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden.

5. Angaben zur Tätigkeit

Derzeit ausgeübte Beschäftigung/Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Angestellter (*) <input type="checkbox"/> Beamter	Name und Anschrift des Arbeitgebers/Dienstherren
<input type="checkbox"/> Selbständiger (**)	Name und Anschrift des Unternehmens

(*) Bei angestellter Tätigkeit bitte nachfolgende Frage beantworten:

Wann enden die Gehaltszahlungen (ggf. Lohnfortzahlung):
(bitte Nachweis beifügen)

(**) Bei Selbständigkeit bitte nachfolgende Fragen beantworten:

Sind Sie Alleininhaber des Betriebes/Unternehmens?

ja nein

Wenn ja, führt ein Vertreter Ihr Unternehmen weiter?

ja nein

Seit wann ist der Vertreter tätig?

Wenn nein, wie viele Mitinhaber sind vorhanden?

Sind die Mitinhaber ebenfalls im Betrieb tätig?

ja nein

In welchem Aufgaben-/Tätigkeitsbereich sind die Mitinhaber tätig?

Wie viele Mitarbeiter sind in Ihrem Betrieb tätig?

Anzahl der Mitarbeiter mit Führungsaufgaben

Welcher Mitarbeiter (Position im Betrieb) vertritt Sie normalerweise während der Urlaubszeit oder kurzen Erkrankungen?

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erkrankt?

ja nein

Wann haben Sie Ihre Beschäftigung oder Tätigkeit eingestellt?
(Bitte Nachweis beifügen)

am _____

Name des Mitglieds:

geb. am:

6. Prüfung von Schadensersatzforderungen gegen Dritte

Sind die Gesundheitsstörungen ganz oder teilweise verursacht worden durch

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Unfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zivildienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstiges Fremdverschulden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn Sie eine der obenstehenden Fragen mit „**ja**“ beantwortet haben, kreuzen Sie bitte die nachfolgende „**6.1 Erklärung A**“ an. Waren alle obenstehenden Fragen mit „**nein**“ zu beantworten, kreuzen Sie bitte die „**6.2 Erklärung B**“ an.

Anerkannt von welcher Stelle? Anschrift, Aktenzeichen

Gegebenenfalls Name und Anschrift des Schädigers

Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? ja nein

Gegebenenfalls bei welcher Stelle?

6.1 Abtretungserklärung (Erklärung A)

Sofern mir aus Anlass des Unfalls am _____ Schadensersatzansprüche gegen Dritte, insbesondere gegen den Schädiger oder dessen Versicherer, zustehen, trete ich hiermit die Ansprüche bis zur Höhe der bisherigen und künftigen Leistungen dem Versorgungswerk der Ingenieurkammer Niedersachsen gemäß § 37 der Satzung des Ingenieurversorgungswerkes ab.

Ich habe Kenntnis genommen, dass ich nicht mehr berechtigt bin, über die abgetretenen Ansprüche zu verfügen. Gleichzeitig versichere ich, dass die Forderungen noch nicht anderweitig abgetreten sind.

Auszug aus der Satzung des Ingenieurversorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen § 37 Forderungsübertragung

Steht einem Mitglied oder einem Leistungsberechtigten ein Schadensersatz gegen einen Dritten zu, sind jene verpflichtet, den Anspruch auf das Ingenieurversorgungswerk zu übertragen, soweit dies aufgrund des Schadensereignisses Versorgungsleistungen zu erbringen hat, die dem Ausgleich eines Schadens gleicher Art dienen. Das Recht auf Versorgungsleistungen kann erst geltend gemacht werden, wenn der Schadensersatzanspruch übertragen worden ist.

6.2 Erklärung B

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die Gesundheitsstörungen nicht durch Dritte verursacht wurden und Schadensersatzansprüche gegen Dritte weder geltend gemacht wurden/werden noch bestehen.

Name des Mitglieds:

geb. am:

7. Mitteilungspflichten gemäß § 38 Absatz 3 der Satzung

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Dauer des Bezuges von Berufsunfähigkeitsruhegeld durch das Versorgungswerk der Ingenieurkammer Niedersachsen dieses entsprechend § 38 Absatz 3 der Satzung unverzüglich zu unterrichten habe, sobald ich zur Ausübung des Berufes eines Ingenieurs nicht mehr umfassend unfähig bin. Der Anspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit erlischt in diesem Fall mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist. Ich werde jede Aufenthaltsänderung –mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen- bekannt geben.

8. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige das VERSORGUNGSWERK DER INGENIEURKAMMER NIEDERSACHSEN zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenanstalten und Krankenhäuser, Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden u. ä., soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von dem VERSORGUNGSWERK DER INGENIEURKAMMER NIEDERSACHSEN befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z.B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich den Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit stelle und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

_____, den _____
Unterschrift

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Das Versorgungswerk der Ingenieurkammer Niedersachsen ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass die Angaben zum Ruhegeldbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Sind Sie gesetzlich krankenversichert ?

Ja, bei (Name und Anschrift Ihrer gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse):

Mitglieds-Nr. bei Ihrer Krankenkasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet: _____

Nein, ich bin ausschließlich privat kranken- bzw. pflegeversichert

Nein, ich habe keine Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - noch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Deutsche Rentenversicherung der Länder (ehemals Landesversicherungsanstalten), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) ?

ja, seit _____ von _____

nein _____

ist bzw. wird beantragt zum _____

Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

ja nein

Elterneigenschaft

Haben/Hatten Sie leibliche Kinder, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

ja nein

Wenn ja, weisen Sie uns bitte die Elterneigenschaft nach. Bitte übersenden Sie uns dazu **alle** Geburtsurkunden Ihrer Kinder.

Ich versichere, dass die im Ruhegeldantragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

_____, den _____

Unterschrift

Titel, Name, Vorname

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

**Versorgungswerk der
Ingenieurkammer Niedersachsen
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin**

ggf. überzahlte Ruhegeldbeträge 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**