

Mitgliedsnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

1. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name, Vorname des Ehepartners/
eingetragenen Lebenspartners: _____

Geburtsdatum: _____

2. Name der zuschussberechtigten Kinder (Kinderzuschuss)

bis zum 18. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

vom 18. bis zum 27. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

6. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja nein

von _____ bis _____ in _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?

ja, am _____ nein

8. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

ja, ab _____ nein

Art der Leistung: _____

9. Aufgrund welcher Krankheit fühlen Sie sich berufsunfähig?

Haupterkrankung: _____

sonstige Diagnosen:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(Bitte Bericht des behandelnden Arztes beifügen)

10. Seit wann haben Sie Ihre gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt bzw. seit wann haben Sie keine Einnahmen aus Ihrer Tätigkeit als Arzt?

(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

