



Emil-Schüller-Straße 45, 56068 Koblenz

Telefax: (0261) 39001-54

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Emil-Schüller-Str. 45
56068 Koblenz

Telefax: 0261/39001-54

Antrag auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente

1. Voraussetzungen:

Die Voraussetzungen für die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente sind in § 22 Abs. 2 der Satzung geregelt. § 22 Abs. 2 der Satzung lautet:

„Invalidenrente erhält ein Mitglied, das berufsunfähig ist, auf schriftlichen Antrag. Berufsunfähig ist ein Mitglied, das infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder durch Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine ärztliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann.“

Wie die Formulierung „eine ärztliche Tätigkeit“ zeigt, stellt § 22 Abs. 2 für die Frage der Berufsunfähigkeit nicht darauf ab, ob das Mitglied nicht mehr in der Lage ist, seine bisher ausgeübte oder eine ganz bestimmte andere ärztliche Tätigkeit ausüben zu können. Nach der Definition des § 22 Abs. 2 der Satzung liegt Berufsunfähigkeit vielmehr nur dann vor, wenn der ärztliche Beruf als solcher nicht mehr ausgeübt werden kann. Dass zu dem Berufsbild des Arztes die verschiedensten Tätigkeiten gehören, bedarf keiner Erwähnung.

Dem Antrag ist ein Gutachten, welches vom Antragssteller zu veranlassen ist, beizulegen. Das Gutachten, welches auch seitens des behandelnden Arztes erstellt werden kann, darf jedoch bei Antragstellung nicht älter als drei Monate sein. Kosten für die Erstellung eines für die Antragstellung benötigten ärztlichen Gutachtens werden von der Versorgungseinrichtung nicht übernommen.

Das Gutachten muss zur Frage der Berufsunfähigkeit ausführlich Stellung nehmen.

Bitte Rückseite ausfüllen !

2. Weitere Angaben:

Gutachten über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit liegt bei.
 wird nachgereicht.

Wurden Versicherungszeiten bei anderen berufsständischen Versorgungseinrichtungen und/oder bei anderen Versorgungsträgern im europäischen Ausland zurückgelegt?

ja, bei _____ von _____ bis _____
bei _____ von _____ bis _____
 nein

Wurde ein Antrag bereits bei einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung und/oder bei anderen Versorgungsträgern im Ausland gestellt?

ja, bei der _____
 nein.

Meine ärztliche Tätigkeit habe ich am _____ eingestellt.
 habe ich noch nicht eingestellt.

Das Arbeitsverhältnis/die Praxis besteht noch weiter? ja, bis _____
 nein

3. Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht:

Ich willige ein, dass die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz die von mir eingereichten ärztlichen Unterlagen zum Zweck der Feststellung der Berufsunfähigkeit an geeignete Stellen weiterleitet. Diese Stellen unterliegen der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz in Verbindung mit dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz in seiner jeweiligen Fassung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.

Stand: Mai 2018