



**3. Kranken- und Pflegeversicherung:**

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer:              
(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja

nein

**Hinweis:** Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

**4. Hiermit beantrage ich die Berücksichtigung der Kinderbetreuungszeiten**

ja

nein

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

**5. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja

nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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)*

**11. Ist die zum Rentenantrag führende Erkrankung ganz oder teilweise schuldhaft durch andere Personen verursacht worden?**

ja  nein

*Wenn ja, bitte Unterlagen zum Anspruch auf Schadenersatz einreichen.*

**12. Bankverbindung**

**IBAN:** |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| (22 Stellen)

**BIC:** |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| (8 oder 11 Stellen)

**Kontoinhaber** (falls abweichend): \_\_\_\_\_

**13. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:**

Identifikationsnummer: |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**14. Erforderliche Unterlagen:**

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **aktueller** Nachweis Ihrer privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)
- Nachweis über die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit
- Bericht des behandelnden Arztes

**für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr**

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder
- ärztliches Attest des Kindes

**Abtretung von Schadenersatzansprüchen**

Ich trete alle Ansprüche auf Schadenersatz gegen einen Dritten an die Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern gewährt werden.

## **Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich willige ein, dass die Ärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenanspruches erforderlichen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Ärzten und Einrichtungen, die ich angegeben habe oder die aus den Unterlagen ersichtlich sind, anfordern kann.

Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die Einwilligung gilt auch für die ärztlichen Untersuchungen des Begutachtungsverfahrens und der Nachuntersuchungen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von den beteiligten Versorgungswerken befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Die Ärzteversorgung ist berechtigt, meine medizinischen Daten an beteiligte Dritte wie zum Beispiel Krankenkassen, Versorgungsämter oder ähnliche weiterzugeben. Mir ist bekannt, dass ich der Weitergabe der medizinischen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen kann.

Ich erkläre, dass der Rentenanspruch auch als Antrag bei jedem anderen beteiligten Versorgungswerk zu werten ist.

Diese Erklärung ist ein Bestandteil meines Antrages. Ich habe alle Angaben persönlich gemacht und nichts verschwiegen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift