

# Antragsvordruck Berufsunfähigkeitsrente



VERSORGUNGSWERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER  
UND DER VEREIDIGTEN BUCHPRÜFER  
IM LANDE NORDRHEIN-WESTFALEN | KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

## Personenbezogene Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|·|\_|\_|\_|·|\_|\_|\_|\_|\_|

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer (§ 139b AO): |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Rentenversicherungsnummer: |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung (keine weiteren Angaben erforderlich).

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (gilt auch für freiwillige Mitglieder).

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Für die Höhe des an die Pflegekasse abzuführenden Pflegeversicherungsbeitrages benötigen wir folgende Angaben.  
Ich habe:

leibliche Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde/Stammbuch beifügen).

adoptierte/Stiefkinder (bitte entsprechenden Nachweis beifügen; ggf. telefonische Rücksprache).

keine Kinder.

### Berufliche Tätigkeit im Ausland

- Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten (keine weiteren Angaben erforderlich).
- Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt. Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Versicherungsträger/Versorgungssystem: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

- Ich habe mich nach Vollendung seines 15. Lebensjahres in Dänemark, Griechenland oder den Niederlanden bzw. nach Vollendung meines 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz.

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

- Ich habe auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt.

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft):

\_\_\_\_\_

### Arbeitsunfähig seit:

|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Anspruch auf Lohnfortzahlung/  
Krankengeld besteht/bestand bis:

|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

### Einstellung der beruflichen Tätigkeit

Wurde die berufliche Tätigkeit als WP/vBP sowie in den mit diesen Berufen nach dem Berufsrecht der WP/vBP sozietätsfähigen Berufen bereits eingestellt?

Ja ab dem: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Nein

Von zumindest auch angestellten Mitgliedern ist eine Bescheinigung des Arbeitsgebers einzureichen, ob und wann das Arbeitsverhältnis geendet hat und ggf. wie lange Gehalt gezahlt worden ist.

**Behandelnde Ärzte**

Herrn/Frau Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Herrn/Frau Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Falls Sie zurzeit von mehr als zwei Ärzten behandelt werden, bitten wir, Name und Anschrift formlos auf einem Ergänzungsblatt mitzuteilen.

**Mitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk**

Ich bin ausschließlich im WPV versichert.  
(Relevant ist hier nur die Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk, nicht die Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungssystem wie der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung.)

Ich war vor oder nach der Mitgliedschaft im WPV Mitglied im  
Versorgungswerk: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

und habe aus dieser Mitgliedschaft eine Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente (die Beiträge sind also nicht übergeleitet worden).

**Anderweitiger Rentenbezug**

Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? (Berufsgenossenschaft, gesetzliche Rentenversicherung, anderes berufsständisches Versorgungswerk, private Versicherungsgesellschaften etc.)

Nein

Ja Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Ich bevollmächtige das WPV, bei den genannten Stellen den Stand der Angelegenheit direkt zu erfragen und bereits vorliegende medizinische Gutachten ggf. einzusehen.

**Zahlungsdaten**

gewünschter Rentenbeginn:      |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Bankverbindung für die Überweisung der Rente:

BIC:                                    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

IBAN:                                 |D|E|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Bank:                                    \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:                        \_\_\_\_\_

**Einzureichende Unterlagen**

Dem Antrag liegen bei:

- Erklärung mit beiliegendem Vordruck, dass die behandelnden Ärzte und sonstigen Stellen von der Schweigepflicht entbunden werden.
  
- ärztliches Gutachten i. S. v. § 13 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 5 der Satzung des WPV, das die Berufsunfähigkeit bescheinigt.

**Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

## Verfügungsermächtigung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: |\_|\_|·|\_|\_|·|\_|\_|\_|\_|

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die vom WPV nach meinem Tode – und damit ohne Rechtsgrund – auf mein Konto überwiesen werden, an das WPV zurückzuzahlen.

Mein Geldinstitut ist ebenfalls ermächtigt, für den Fall meines Todes Namen und Anschrift derjenigen, die zum Zeitpunkt meines Todes über mein Konto verfügt haben, zu benennen.

## Entbindung von Ärzten und sonstigen Stellen von der Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|

Hiermit ermächtige ich das WPV zur Nachprüfung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben

- alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde,

und

- Sozialversicherungsträger, Behörden und private Versicherer, gegenüber denen ich Leistungsansprüche im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit geltend gemacht habe oder geltend machen werde, sowie meinen Arbeitgeber

über meine Gesundheitsverhältnisse und über Ursachen, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, zu befragen.

Ich entbinde alle, die nach vorstehenden Regelungen befragt werden, ausdrücklich von der Verschwiegenheitspflicht auch über meinen Tod hinaus. Ich ermächtige das WPV, Auskünfte und Unterlagen an andere im Auftrag des WPV mit der Angelegenheit befasste Personen weiterzugeben.

Ich willige insbesondere ein, dass das WPV meine Daten und Unterlagen bei Erforderlichkeit an die IMB Consult GmbH zum Zwecke der Weitervermittlung an einen Gutachter übermittelt, und die IMB Consult GmbH meine Daten zu diesem Zwecke verarbeitet.

Als Personen und Institutionen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, benenne ich insbesondere

Herrn/Frau Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Herrn/Frau Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift