

## Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit Ingenieurversorgung Baden-Württemberg

Versorgungswerk der Ingenieurkammer Baden-Württemberg  
 Körperschaft des öffentlichen Rechts

### Zurück an:

Ingenieurversorgung Baden-Württemberg  
 Zellerstraße 26  
 70180 Stuttgart

Eingangsstempel Ingenieurversorgung  
 Baden-Württemberg

Tel. 0711 607223 -11 oder -12  
 Fax 0711 607223-25  
 E-Mail:  
 info@ingenieurversorgung.de

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, damit wir umgehend über Ihre beantragte Leistung entscheiden können! Zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrages können weitere Unterlagen nachgefordert werden.

### 1. Angaben zur Person

Persönliche Angaben	
Name	Vorname
Geburtsname	
Geburtsdatum / Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<b>Kinder</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift	
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	E-Mail

## 2. Antragstellung durch andere Person

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von (**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)</b>	
<b>In Eigenschaft als</b> <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
<b>Anschrift</b>	
<b>Straße</b>	<b>Hausnummer</b>
<b>Postleitzahl</b>	<b>Wohnort</b>
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>

## 3. Angaben zur Beschäftigung

<b>Derzeit ausgeübte Beschäftigung</b>	
<b>Angestellter</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Name und Anschrift des Arbeitgebers</b>
<b>Selbstständig</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Name und Anschrift des Unternehmens</b>
<b>Bei Selbstständigkeit bitte die nachfolgenden Fragen beantworten</b>	
<b>Sind Sie Alleininhaber Ihres Betriebs/Unternehmens?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Falls ja, führt ein Vertreter Ihr Unternehmen weiter?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Seit:	

## 4. Begründung des Rentenanspruchs

<b>Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörung halten Sie sich für berufsunfähig?</b>	
<b>Seit:</b>	<b>Grund:</b>
<b>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig geschrieben?</b> <input type="checkbox"/> Ja (bitte ärztl. Attest beilegen) <input type="checkbox"/> Nein	



## 7. Ärztliche Untersuchungen

Wurden in den letzten 3 Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst?

Institution	Datum	Aktenzeichen
Von der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vom DRV-Bund (medizinischer Dienst) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vom Arbeitsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vom Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Von der Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vom Betriebsarzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vom Versorgungsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Grad der Behinderung: _____ %		

## 8. Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung	Bezugszeitraum	Zahlende Stelle / Aktenzeichen
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: _____ Bis: _____ Beantragt am:	
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: _____ Bis: _____ Beantragt am:	
Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: _____ Bis: _____ Beantragt am:	
Berufsunfähigkeitsrente einer privaten Versicherungsgesellschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: _____ Bis: _____ Beantragt am:	
Krankengeld von einer Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: _____ Bis: _____ Beantragt am:	

## 9. Krankenversicherungsverhältnis

<b>Name / Anschrift der Krankenkasse / Privaten KV</b>	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied der Gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> Familienversichert in der Gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung
<b>Krankenversicherungsnummer</b>	

## 10. Auszahlung der Rente

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden

<b>Geldinstitut (Name, Ort)</b>	<b>Kontoinhaber</b>
<b>IBAN</b> DE _ / _ / _ / _ / _ / _	<b>BIC</b>

## 11. Angaben zur Steueridentifikations- und Sozialversicherungsnummer

<b>Steueridentifikationsnummer</b>	<b>Sozialversicherungsnummer</b>
------------------------------------	----------------------------------

## 12. Erklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich verpflichte mich, die Ingenieurversorgung Baden-Württemberg über die Aufnahme einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit unverzüglich zu informieren.

Ich verpflichte mich, der Ingenieurversorgung Baden-Württemberg nach Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unterlassene Angaben zu rechtlichen Konsequenzen, der Einstellung der Leistung und ggf. zu Rückforderungsansprüchen führen können.

Ort/Datum

Unterschrift

### Als Anlagen sind beizufügen:

- Kopie des Personalausweises der Antragstellerin / des Antragstellers
- Unterschriebenes Formular zu Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- ggf. ärztliche Gutachten
- ggf. ärztliche Atteste

### **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde mit meinem Antrag auf Rente wegen voller oder teilweiser Berufsunfähigkeit alle mich in diesem Zusammenhang behandelnden und untersuchenden Ärzte von deren Schweigepflicht gegenüber dem Versorgungswerk.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ingenieurversorgung Baden-Württemberg von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

---

Ort/Datum

Unterschrift