

# Antrag auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit

Sächsische  
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr.-Külz-Ring 10

01067 Dresden

Mitgliedsnummer

## Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

**Ich beantrage die Gewährung des Ruhegeldes bei Berufsunfähigkeit gemäß §§ 31 und 32 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung**

☐ für einen vorübergehenden Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_.

☐ auf Dauer ab dem \_\_\_\_\_.

**Hinweise:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in § 37 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.

Wir informieren Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihre Rechte als betroffene Person im Internet. Bitte beachten Sie hierzu die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage unter [www.saev.de/datenschutz.html](http://www.saev.de/datenschutz.html).

## 1. Angaben zur Person

|                                            |                                                                                                        |                                                     |                                                                    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Familienname                               |                                                                                                        | Vorname (Rufname)                                   |                                                                    |
| Geburtsname (wenn abweichend)              | Geschlecht                                                                                             |                                                     | Staatsangehörigkeit                                                |
| Geburtsdatum                               | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers<br><input type="checkbox"/> männlich |                                                     | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> _____ |
| <b>bitte Kopie Geburtsurkunde beilegen</b> |                                                                                                        |                                                     |                                                                    |
| Straße, Hausnummer                         |                                                                                                        |                                                     |                                                                    |
| Postleitzahl                               |                                                                                                        | Wohnort                                             |                                                                    |
| Land                                       |                                                                                                        | Steueridentifikationsnummer (11-stellige Steuer-ID) |                                                                    |
| Telefonnummer (Angabe freiwillig)          |                                                                                                        | E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)                  |                                                                    |

## 2. Begründung des Antrages

**Hinweis:** Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden ausführlich, geben Sie die diagnostizierten Gesundheitsstörungen (falls bekannt, bitten wir um Angabe des ICD-Code) an und beschreiben Sie die Auswirkungen Ihrer Gesundheitsstörungen auf die Fähigkeit eine ärztliche bzw. tierärztliche Tätigkeit auszuüben. Falls der vorgesehene Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt. Darüber hinaus bitten wir Sie dem Antrag aussagekräftige, aktuelle ärztliche Unterlagen (z.B. Befunde, Entlassungsberichte oder bereits vorhandene Gutachten) insbesondere zu diagnostizierten Gesundheitsstörungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen beizufügen.

2.1 Wegen welcher Gesundheitsstörung halten Sie sich für berufsunfähig?

2.2 Seit wann halten Sie sich für berufsunfähig? Bitte geben Sie ein Datum an und nennen gegebenenfalls ein auslösendes Ereignis.

Datum: \_\_\_\_\_

Ggf. auslösendes Ereignis:

2.3 Können Sie nach Ihrer Auffassung noch ärztliche bzw. tierärztliche Tätigkeiten verrichten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang (in Std.)?

### 3. Ärztliche Behandlungen und Begutachtungen

3.1 Bei wem waren Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörung, wegen der Sie sich berufsunfähig fühlen, in ambulanter Behandlung? Bitte geben Sie den Namen der Ärztin oder des Arztes, die Fachrichtung und die genaue Anschrift an.

3.2 Bei wem waren Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörung, wegen der Sie sich berufsunfähig fühlen, in stationärer Behandlung? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses bzw. der Einrichtung und die Bezeichnung der Abteilung sowie die genaue Anschrift an.

3.3 Haben wegen Ihrer Gesundheitsstörung bereits ärztliche Begutachtungen (z. B. im Auftrag der Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Privatversicherung oder einer sonstigen Stelle) stattgefunden?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, in wessen Auftrag und bei wem hat die ärztliche Begutachtung stattgefunden? Bitte geben Sie den Namen der Stelle, die die Begutachtung in Auftrag gegeben hat, und den Namen der Ärztin oder des Arztes sowie die genaue Anschrift an. Bitte fügen Sie eine Kopie des Gutachtens bei.

### 4. Schadensersatzansprüche gegen Dritte

4.1 Bestehen wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadensersatzansprüche (z. B. wegen eines Verkehrsunfalls, dem Handeln anderer Personen oder sonstiger besonderer Umstände) gegen Dritte?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:

Vorname und Familienname des Schädigers:

Anschrift des Schädigers:

Versicherung des Schädigers:

4.2 Sind Schadensersatzansprüche bereits geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungen)?

☐ nein ☐ ja, am \_\_\_\_\_

Wenn ja, bei wem (Dritten oder dessen Versicherung):

## 5. Einstellung der ärztlichen bzw. tierärztlichen Tätigkeit

**Hinweise:** Der Anspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit entsteht gemäß § 31 Absatz 3 Satz 1 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung so lange nicht, als das Mitglied nicht nachweislich jegliche ärztliche oder tierärztliche Berufstätigkeit aufgegeben hat. Bei vorübergehender Berufsunfähigkeit eines niedergelassenen Mitglieds kann die Praxis gemäß § 31 Absatz 3 Satz 1 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung während der Dauer des Ruhegeldbezuges, höchstens jedoch auf die Dauer von vier Jahren, durch einen Vertreter fortgeführt werden.

Es empfiehlt sich, die Überprüfung der von Ihnen eingesandten medizinischen Unterlagen und die Ergebnisse einer ggf. durchgeführten Begutachtung durch die Sächsische Ärzteversorgung abzuwarten, bevor die berufliche Tätigkeit abgemeldet und eine Praxistätigkeit aufgegeben wird. Für den Fall, dass Sie der vorgenannten Empfehlung nachkommen wollen, ist es ausreichend, dass Sie uns die folgenden Angaben zum Nachweis über die Einstellung der beruflichen Tätigkeit erst nach Bestätigung des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit durch die Sächsische Ärzteversorgung übermitteln.

Eine Wiederaufnahme einer ärztlichen bzw. tierärztlichen Tätigkeit während des Bezuges von Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit ist der Sächsischen Ärzteversorgung unverzüglich anzeigen.

5.1 Seit wann üben Sie keinerlei ärztliche bzw. tierärztliche Tätigkeit mehr aus?

Seit dem \_\_\_\_\_ übe ich keine ärztliche bzw. tierärztliche Tätigkeit mehr aus.

- ☐ Meine Praxis habe ich zum \_\_\_\_\_ geschlossen.
- ☐ Meine Praxis wird durch einen Vertreter fortgeführt.
- ☐ Meine Zulassung zur kassen-/vertragsärztlichen Tätigkeit endet zum \_\_\_\_\_.

☐ Die Erklärung zur Einstellung der beruflichen Tätigkeit wird nachgereicht.

Alle Änderungen zu den o.g. Angaben teile ich gemäß § 37 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

## 6. Bankverbindung für die Überweisung des Versorgungsbezuges

|                                                                              |              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|
| IBAN                                                                         |              |                   |
| BIC*<br><small>(*bei Auslandsüberweisungen anzugeben)</small>                |              |                   |
| Kontonummer*<br><small>(*bei Überweisung außerhalb der EU anzugeben)</small> |              |                   |
| Kreditinstitut                                                               |              |                   |
| Kontoinhaber/in                                                              | Familienname | Vorname (Rufname) |

## 7. Sonstige Versicherungszeiten

Haben Sie Versicherungs- oder Wohnzeiten in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) bzw. des Vereinigten Königreiches Großbritannien oder Nordirland oder in einer anderen inländischen Versorgungseinrichtung zurückgelegt (Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung bleiben unberücksichtigt)?

- ☐ **ja**, bitte beiliegendes Zusatzblatt (Sonstige Versicherungszeiten) ausfüllen ☐ **nein**

## 8. Leibliche Kinder und/oder angenommene Kinder

8.1 Haben Sie leibliche und/oder angenommene Kinder?

☐ nein

☐ ja, bitte unter 8.2 weiter

8.2 Angaben Kinder

Bei Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung zum Nachweis der Elterneigenschaft für den Pflegeversicherungsbeitragssatz:

**Bei Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres:** Bitte Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder oder entsprechende Nachweise (siehe Anlage: Hinweisblatt für Kinder) beilegen.

**Bei Kindern nach der Vollendung des 25. Lebensjahres:** Bitte Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes oder entsprechende Nachweise (siehe Anlage: Hinweisblatt für Kinder) beilegen.

Für die Gewährung eines Kinderzuschusses:

**Bei Kindern bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres:** Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n als Nachweis beilegen.

**Bei Kindern zwischen der Vollendung des 21. und 27. Lebensjahres, die sich in Ausbildung befinden bzw. dauernd erwerbsunfähig sind:** Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n als Nachweis und zusätzlich entsprechende Nachweise über die Ausbildung/Erwerbsunfähigkeit in Kopie beilegen.

|                   |              |                                                 |
|-------------------|--------------|-------------------------------------------------|
| Familienname      | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> in Ausbildung          |
| Vorname (Rufname) |              | <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig |
| Familienname      | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> in Ausbildung          |
| Vorname (Rufname) |              | <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig |
| Familienname      | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> in Ausbildung          |
| Vorname (Rufname) |              | <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig |
| Familienname      | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> in Ausbildung          |
| Vorname (Rufname) |              | <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig |
| Familienname      | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> in Ausbildung          |
| Vorname (Rufname) |              | <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig |

## 9. Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Alle Änderungen zu den o.g. Angaben teile ich gemäß § 37 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.

Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

|            |                                                                                             |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis) |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|



## Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

**Sächsische  
Ärzteversorgung**  
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



|                                                                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Sächsische Ärzteversorgung<br>Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer<br>Dr.-Külz-Ring 10<br>01067 Dresden | Mitgliedsnummer   |
|                                                                                                                  | Familienname      |
|                                                                                                                  | Vorname (Rufname) |

### Zusatzblatt Sonstige Versicherungszeiten

#### 1. Sonstige Versicherungszeiten

Versicherungs- oder Wohnzeiten in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie des Vereinigten Königreiches Großbritannien und Nordirland des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen

☐ **nein**, weiter bei Pkt. 3

☐ **ja**

wenn ja, hatten Sie, bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung, hatte der/die Verstorbene Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund, Knappschaft)

☐ **nein**, weiter bei Pkt. 2

☐ **ja**

wenn ja, bitte ausfüllen:

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| Rentenversicherungsträger | Versicherungsnummer/Aktenzeichen |
| von                       | bis                              |

#### 2. Angaben zu dem sozialen Sicherungssystem

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Name Versorgungseinrichtung</b> | Anschrift Versorgungseinrichtung |
| Versicherungsnummer                |                                  |
| von                                | bis                              |
| <b>Name Versorgungseinrichtung</b> | Anschrift Versorgungseinrichtung |
| Versicherungsnummer                |                                  |
| von                                | bis                              |
| <b>Name Versorgungseinrichtung</b> | Anschrift Versorgungseinrichtung |
| Versicherungsnummer                |                                  |
| von                                | bis                              |

### 3. Angaben zu den Versorgungswerken

Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen inländischen Versorgungseinrichtungen des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen

☐ nein

☐ ja, bitte ausfüllen:

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| <b>Versorgungswerk</b> | Mitgliedsnummer |
| von                    | bis             |
| <b>Versorgungswerk</b> | Mitgliedsnummer |
| von                    | bis             |
| <b>Versorgungswerk</b> | Mitgliedsnummer |
| von                    | bis             |

### 4. Einverständniserklärung

Ich habe bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung der/die Verstorbene hatte in einem ausländischen sozialen Sicherungssystem des Europäischen Wirtschaftsraumes bzw. des Vereinigten Königreiches Großbritannien oder Nordirland Versicherungs- oder Wohnzeiten zurückgelegt und erkläre mein Einverständnis gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht

- zur Weitergabe der von mir eingereichten Antragsunterlagen sowie der vorliegenden medizinischen Unterlagen an die bzw.
- zur Anforderung von medizinischen Unterlagen von den

beteiligten/bearbeitenden Träger/n im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bzw. im Vereinigten Königreich Großbritannien oder Nordirland bzw. beteiligten/bearbeitenden Versorgungseinrichtungen.

|            |                                                                                             |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis) |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|



## Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische  
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



|                                                                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Sächsische Ärzteversorgung<br>Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer<br>Dr.-Külz-Ring 10<br>01067 Dresden | Mitgliedsnummer   |
|                                                                                                                  | Familienname      |
|                                                                                                                  | Vorname (Rufname) |

### Ermittlung der Krankenkasse des Versorgungsberechtigten

(Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden, damit sich die Auszahlung der Versorgungsbezüge nicht wegen der ungeklärten Krankenkassenzugehörigkeit verzögert.)

#### 1. Allgemeine Hinweise

Die Daten werden aufgrund von § 202 SGB V erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist als Zahlstelle von Versorgungsbezügen vom Gesetzgeber verpflichtet worden, die für den Versorgungsempfänger zuständige Krankenkasse zu ermitteln (§ 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V), damit diese prüfen kann, ob eine Pflicht zur Abführung von Beiträgen an die Krankenkasse aus den Versorgungsbezügen besteht.

Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn der Versorgungsempfänger einer gesetzlichen Krankenkasse angehört.

**Fragen zur Beitragspflicht und zur Höhe der durch die Sächsische Ärzteversorgung abzuführenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge richten Sie bitte grundsätzlich zuständigkeitshalber an Ihre Krankenkasse.**

Nach § 202 Absatz 1 Satz 3 SGB V hat der Versorgungsempfänger der Zahlstelle (Sächsische Ärzteversorgung) seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel **umgehend** anzuzeigen.

Bei gesetzlich Pflichtversicherten führt die Sächsische Ärzteversorgung in Anlehnung an § 241 und § 242 SGB V den allgemeinen Beitragssatz und den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz aus den Versorgungsleistungen an die Krankenkassen ab.

Änderungen in der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes sind gemäß § 248 SGB V erst nach zwei Monaten bei der Berechnung des Krankenkassenbeitrages aus Versorgungsbezügen zu berücksichtigen.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wird ab 01.07.2023 der Beitragssatz zur Pflegeversicherung nach der Kinderanzahl differenziert. Für Kinderlose ist entsprechend § 55 Absatz 3 SGB XI der Beitragssatz um 0,60 Prozentpunkte zu erhöhen. Bei Versorgungsempfängern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der Beitragssatz entsprechend § 55 Absatz 3 SGB XI.

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung sieht keinen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. Dies betrifft sowohl die gesetzlich krankenversicherten als auch die privat versicherten Ruhelgeldbezieher.

#### 2. Versorgungsberechtigter Antragsteller

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| Familienname                       | Zuständige Krankenkasse    |
| Vorname (Rufname)                  | Anschrift der Krankenkasse |
| Geburtsdatum                       |                            |
| Sozialversicherungsnummer DRV Bund |                            |

| 3. Versorgungsberechtigte Waisen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; nur bei Hinterbliebenenversorgung)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zuständige Krankenkasse                                                                   |
| Vorname (Rufname)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anschrift der Krankenkasse                                                                |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |
| Sozialversicherungsnummer DRV Bund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zuständige Krankenkasse                                                                   |
| Vorname (Rufname)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anschrift der Krankenkasse                                                                |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |
| Sozialversicherungsnummer DRV Bund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zuständige Krankenkasse                                                                   |
| Vorname (Rufname)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anschrift der Krankenkasse                                                                |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |
| Sozialversicherungsnummer DRV Bund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |
| Familienname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zuständige Krankenkasse                                                                   |
| Vorname (Rufname)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anschrift der Krankenkasse                                                                |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |
| Sozialversicherungsnummer DRV Bund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |
| <p>Sind Sie nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bitten wir Sie um folgende Erklärung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.</p> <p><input type="checkbox"/> Die versorgungsberechtigten Waisen sind <b>nicht</b> in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.</p> <p>Für den Fall, dass ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin, erkläre ich mich einverstanden, dass die Sächsische Ärzteversorgung bis zur endgültigen Klärung meiner Versicherungspflicht Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von meinen Versorgungsbezügen einbehält. Dies gilt nicht, wenn ich meinem Antrag eine schriftliche Bestätigung meiner Krankenversicherung über meine freiwillige Versicherung ab Beginn des Versorgungsbezuges beifüge. Nach dem Vorliegen entsprechender Nachweise werden zu viel einbehaltene Beiträge unverzüglich zurückerstattet.</p> <p>Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und habe zur Kenntnis genommen, dass ich verpflichtet bin, der Sächsischen Ärzteversorgung einen Wechsel der Krankenkasse umgehend anzuzeigen.</p> |                                                                                           |
| Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis) |

## Hinweisblatt für Kinder

### 1. Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern

Als Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern (im ersten Grad mit dem Kind verwandt) kommen wahlweise in Betracht:

- Geburtsurkunde bzw. internationale Geburtsurkunde („Mehrsprachige Auszüge aus Personenstandsbüchern“)
- Abstammungsurkunde (wird für einen bestimmten Menschen an seinem Geburtsort geführt)
- Auszug aus dem Geburtenbuch des Standesamtes
- Auszug aus dem Familienbuch/Familienstammbuch
- steuerliche Lebensbescheinigung des Einwohnermeldeamtes (Bescheinigung wird ausgestellt, wenn der Steuerpflichtige für ein Kind, das nicht bei ihm gemeldet ist, einen halben Kinderfreibetrag auf seiner Lohnsteuerkarte eintragen lassen möchte: Er muss hierfür nachweisen, dass er im ersten Grad mit dem Kind verwandt ist, z. B. durch Vorlage einer Geburtsurkunde.
- Vaterschaftsanerkennungs- und Vaterschaftsfeststellungsurkunde
- Adoptionsurkunde
- Kindergeldbescheid der Bundesagentur für Arbeit (BA) – Familienkasse – (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Empfängern von Versorgungsbezügen die Bezüge- oder Gehaltsmitteilung der mit der Bezügefestsetzung bzw. Gehaltszahlung befassten Stelle des jeweiligen öffentlich-rechtlichen Arbeitgebers bzw. Dienstherrn)
- Kontoauszug, aus dem sich die Auszahlung des Kindergeldes durch die BA – Familienkasse – ergibt (aus dem Auszug ist die Höhe des überwiesenen Betrages, die Kindergeldnummer sowie in der Regel der Zeitraum, für den der Betrag bestimmt ist, zu ersehen)
- Erziehungsgeldbescheid
- Bescheinigung über Bezug von Mutterschaftsgeld
- Nachweis der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BERzGG)
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)
- Sterbeurkunde des Kindes
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind

**Hinweis:** Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

## 2. Nachweise bei Stiefeltern

Als Nachweise bei Stiefeltern (Eltern im Sinne des § 56 Absatz 3 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Nr. 1 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Heiratsurkunde bzw. Nachweis über die Eintragung einer Lebenspartnerschaft und eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle, dass das Kind als wohnhaft im Haushalt des Stiefvaters oder der Stiefmutter gemeldet ist oder war (vgl. Haushaltsbescheinigung oder Familienstandsbescheinigung für die Gewährung von Kindergeld – Vordrucke der BA zur Erklärung über die Haushaltszugehörigkeit von Kindern und für Arbeitnehmer, deren Kinder im Inland wohnen)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)

**Hinweis:** Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

## 3. Nachweise bei Pflegeeltern

Als Nachweise bei Pflegeeltern (Eltern im Sinne des § 56 Absatz 3 Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 2 Nr. 2 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle und Nachweis des Jugendamtes über „Vollzeitpflege“ nach § 27 in Verbindung mit § 33 SGB VIII (z.B. Pflegevertrag zwischen Jugendamt und Pflegeeltern, Bescheid über Leistungsgewährung gegenüber den Personensorgeberechtigten oder Bescheinigung des Jugendamtes über Pflegeverhältnis; das Pflegeverhältnis muss auf längere Dauer angelegt oder angelegt gewesen sein und es muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder bestanden haben; Tagespflegeeltern fallen nicht unter den Begriff der Pflegeeltern; ein Pflegekindverhältnis ist nicht anzunehmen, wenn ein Mann mit seiner Lebensgefährtin und deren Kindern oder eine Frau mit ihrem Lebensgefährten und dessen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt – Berücksichtigung nur bei Vorliegen der Stiefelterneigenschaft)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)

**Hinweis:** Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

## Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische  
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



### Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Dr.-Külz-Ring 10  
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

#### Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

## Vollmacht zum Versorgungsbezug

### 1. Angaben zur antragstellenden Person

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Familienname | Vorname (Rufname) |
| Titel        |                   |

### 2. Vollmacht

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Versorgungsleistungen satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die

Sächsische Ärzteversorgung  
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Dr.-Külz-Ring 10  
01067 Dresden

überzahlte Versorgungsleistungen von dem Konto zurückzufordern, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Ort, Datum

**Eigenhändige** Unterschrift des Kontoinhabenden