

Mitgliedsnummer

_____ / _____
---------------

§§ ohne Zusatz betreffen die Satzung

Versorgungswerk der Rechtsanwälte  
im Lande Nordrhein-Westfalen  
Postfach 10 51 61  
40042 Düsseldorf

Absender mit Anschrift

## ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE AUF ZEIT

Hiermit beantrage ich gemäß § 18 Abs. 2 Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit.

Ich bin voraussichtlich auf Zeit nur noch in der Lage, im Durchschnitt weniger als drei Stunden täglich anwaltlich tätig zu sein. Sollte nach fachärztlicher Bewertung von einer Berufsunfähigkeit auf Dauer auszugehen sein, erstreckt sich mein Antrag hierauf.

### **Meine Berufsunfähigkeit weise ich in medizinischer Hinsicht nach**

durch fachärztliches Gutachten (gem. § 18 Abs. 4 **erforderlich**),

Krankenhausberichte,

ärztliche Stellungnahmen,

Sonstiges: \_\_\_\_\_

und füge diese als Anlagenkonvolut bei.

Medizinische Unterlagen liegen mir noch nicht vor, ich reiche diese unverzüglich nach.

### **Eine auf das Versorgungswerk lautende Schweigepflichtentbindungserklärung**

füge ich diesem Antrag bei.

reiche ich nach.

### **Drittverschulden**

Die Berufsunfähigkeit ist möglicherweise auf das Verschulden eines Dritten zurückzuführen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mitgliedsnummer

§§ ohne Zusatz betreffen die Satzung

Absender mit Anschrift

## ERKLÄRUNG

### BETR. ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Im Zusammenhang mit dem von mir beim Versorgungswerk der Rechtsanwälte im Lande Nordrhein-Westfalen gestellten Antrag auf

- Berufsunfähigkeitsrente
- Rehabilitationsmaßnahme
- Wiederaufnahme

entbinde ich alle von mir dieserhalb bisher und künftig konsultierten Ärzte sowie die vom Versorgungswerk bestellten ärztlichen Gutachter von ihrer Schweigepflicht untereinander wie auch gegenüber dem Versorgungswerk und bin einverstanden mit der direkten Weitergabe der ärztlichen Gutachten an das Versorgungswerk. Ebenso entbinde ich das Versorgungswerk von seiner Schweigepflicht gegenüber den vorgenannten Ärzten und desgleichen soweit wie antragserheblich meine Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift