

# VERSORGUNGSEINRICHTUNG

## der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Schönbornstraße 10, 54295 Trier

Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66

info@ve-trier.de



### Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit und Beantragung der Berufsunfähigkeitsrente

nach der Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier

**Beginn der BU-Rente:**

---

#### **Angaben zur eigenen Person**

Mitgliedsnummer:

---

Name, Vorname des Antragstellers:

---

ggfs. Geburtsname des Antragstellers:

---

Geburtstag / -ort:

---

Adresse:

---

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

#### **Bankverbindung, wohin die Rente überwiesen werden soll**

Kontoinhaber

(wenn abweichend vom Antragsteller):

---

Name des Kreditinstituts:

---

IBAN (22 stellig):

---

BIC:

---

**Persönliche Identifikationsnummer:**

---

(Hierbei handelt es sich um die 11stellige Steuer-ID-Nummer.)

**Haben Sie noch Versicherungszeiten in einem anderen Versorgungswerk oder EU-Land?**

- Ja  Nein

Wenn ja, bitte Angaben zum Rentenversicherungsträger ausfüllen:

Vom bis bei

1. \_\_\_\_\_

Anschrift (ggfs. Versicherungs-Nr.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Anschrift (ggfs. Versicherungs-Nr.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Anschrift (ggfs. Versicherungs-Nr.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Soll dieser Antrag für alle vorgenannten Rentenversicherungsträger gültig sein?**

(Bei JA ist hiermit automatisch die Zustimmung zur Datenweitergabe an die anderen Institutionen erteilt.)

- Ja  Nein

**Informationen zur Krankenkasse (bitte zutreffendes ankreuzen)**

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

- nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse
- Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Elterneigenschaft (bitte ankreuzen, wenn Sie eigene oder adoptierte Kinder haben)

**Angaben zu Kindern, sofern Anspruch auf Kinderzulage besteht:**

Name, Vorname:	Geschlecht:	Geburtsdatum:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**Hinweise zur Kinderzulage:**

Unser derzeitiges Satzungsrecht sieht nach § 14 Absatz (5) vor, dass die Kinderzulage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt wird. Über diesen Zeitraum hinaus wird sie denjenigen Kindern gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein freiwilliges soziales Jahr leisten oder die bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Die Kinderzulage wird längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt. Dabei gelten Zeiträume zwischen jeweils zwei Ausbildungsabschnitten und die Zeit zwischen Schulausbildung und Beginn des gesetzlichen Grundwehrdienstes bis zu einer Gesamtdauer von höchstens 12 Monaten als Ausbildungszeit, sofern während dieser Zeiträume keine Einkünfte erzielt werden, die nach dem Bundes-Kindergeldgesetz für die Zahlung von Kindergeld nicht überschritten sein darf. Grundwehr-/Ersatzdienstzeit führt zur einer entsprechenden Verlängerung des Anspruches.

**Angaben zur ärztlichen Tätigkeit**

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Fachrichtung): \_\_\_\_\_

- niedergelassener Arzt
- angestellter Arzt
- beamteter Arzt
- Kassenarzt
- Arzt in Privatpraxis

Sonstige ärztliche Tätigkeit(en): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ggfs. Arbeitgeber/Dienstherr \_\_\_\_\_

Wann endet das Arbeitsverhältnis? \_\_\_\_\_  
(Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)

Wird die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt?  ja  nein

Wann erfolgt(e) der Verzicht auf die KV-Zulassung? \_\_\_\_\_

Bis wann erzielen oder erzielten Sie Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit? \_\_\_\_\_

Ab wann wird bzw. wurde die gesamte ärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt? \_\_\_\_\_

Ist die Erkrankung eine Berufserkrankung oder Arbeitsunfall?  ja  nein

## Sonstige Angaben

Beziehen Sie Krankentagegeld oder ist ein entsprechender Antrag gestellt?

ja  nein

Bitte Name, Anschrift, Telefonnummer und Ansprechpartner der Versicherung angeben:

---

---

---

Versicherungs- bzw. Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der, die Berufsunfähigkeit auslösenden, Umstände Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z.B. Rente und / oder Kapitalabfindung aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?  ja  nein

Name des Dritten \_\_\_\_\_

Anschrift des Dritten \_\_\_\_\_

In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Dauer des Verfahrens zur Anerkennung der Berufsunfähigkeit bzw. bei Bezug von Berufsunfähigkeitsrente durch die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier diese unverzüglich zu unterrichten habe, sobald ich wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufes fähig bin. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt in diesem Fall mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist. Ich werde jede Aufenthaltsänderung – mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen – bekannt geben.

Hiermit ermächtige ich, ggf. unter Entbindung von der Schweigepflicht

- meine gesetzliche / private Krankenversicherung, Auskünfte über die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit und den Beginn und Zeitraum der Zahlung von Krankengeld,
- die Personalabteilung meines Arbeitgebers Auskünfte über das Ende der Gehaltszahlung zu erteilen.
- Ärzte, Krankenanstalten u. ä. entbinde ich ebenfalls von der Schweigepflicht.
- Alle ärztlichen Versorgungswerke untereinander entbinde ich ebenfalls von der Schweigepflicht, zum Austausch von Informationen und Unterlagen im Rahmen des koordinierten BU-Verfahrens.

### **Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

ggfs. Stempel

Unterschrift

**VERSORGUNGSEINRICHTUNG  
DER BEZIRKSÄRZTEKAMMER TRIER**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Schönbornstraße 10, 54295 Trier

---

**Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit**  
gemäß § 14 der Satzung der Versorgungseinrichtung Trier

Name des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt? \_\_\_\_\_

Haben Sie es schon früher untersucht oder behandelt? Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankung oder Verletzungen ? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit ihm verwandt oder verschwägert? \_\_\_\_\_

**I. Erklärung vor dem Arzt**

(Bitte jede Frage einzeln stellen, ausfüllen, keine übergehen oder mit Strichen bzw. Zeichen abtun.)

- |   | Welche? | Seit wann? |
|---|---------|------------|
| 1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern).   |         |            |
| a) des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? |         |            |
| b) der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma ?  |         |            |
| c) der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?   |         |            |

- d) der Harn- oder Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung oder-kolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harn lassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?
  - e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?
  - f) der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe?
  - g) der Ohren, z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?
  - h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien?
  - i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?
  - j) Geschwülste (Tumore)?
  - k) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?
  - l) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria?
  - m) Sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?
  - n) Bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe?
2. a) Wurden Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt?
- b) Nahmen oder nehmen Sie häufig oder gewohnheitsgemäß Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel?
- c) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?

3. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?
- b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle?
4. a) Sind Sie operiert worden?
- b) Ist eine Operation vorgesehen?
- c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?
5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder Sonographie untersucht? Ergebnis?
- b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis? (falls vorhanden, bitte EKG-Streifen und Befundbericht einsenden)
6. Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?

**Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die beiliegenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied

---

Unterschrift und Stempel des untersuchenden Arztes

## II. Untersuchungsbefund

(falls Platz nicht ausreichend, bitte Ergänzungen auf letzter oder zusätzlicher Seite notieren)

Wann und wo wurde der Antragsteller untersucht (Datum, Tageszeit, Ort)?

---

1. **Gewicht ohne Kleidung:** \_\_\_\_\_ kg

**Größe ohne Schuhe:** \_\_\_\_\_ cm

2. **Skelett und Bewegungsapparat:**  
**Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?**

3. **Haut und Schleimhäute:**

4. **Sinnesorgane:**

5. **Nervensystem (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg):**

6. **Psyche:**

7. **Hormonsystem** (insbesondere Schilddrüse):

8. **Herz und Kreislauf**

Herzspitzenstoß:

Herztöne:

Geräusche:

Besteht eine Arrhythmie?

Insuffizienz?

Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?

Sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems?



**Blutdruck und Pulsfrequenz:**

in Ruhe: Pulsschläge je Minute: \_\_\_\_\_

Blutdruck in mm Hg. systol. \_\_\_\_\_ diast. \_\_\_\_\_

**9. Atmungsorgane:**

**10. Verdauungsorgane/Bauchorgane:**

**11. Harn- und Geschlechtsorgane**

a) Beschaffenheit der Nierenlager:

b) Harnuntersuchung:

Eiweiß?

Zucker?

Ist Urobilinogen vermehrt?

Sedimentbefund:

**12. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:**

**13. Krankheitsbezeichnung:**

---

**III. Beurteilung**

Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff nach § 14 Abs. 2 der Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier: Berufsunfähig ist ein Mitglied, das infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine ärztliche Tätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben und hierdurch nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte erzielen kann.

1. a) Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Leistungsfähigkeit des Antragstellers im einzelnen:  
Kann der Antragsteller – ohne auf Kosten der Gesundheit zu arbeiten – täglich regelmäßig noch tätig werden?

- im Freien und / oder in geschlossenen Räumen unter Einfluss von z.B. Kälte, Staub, Feuchtigkeit oder Zugluft,
  - im Gehen, Stehen oder Sitzen oder nur ausschließlich in einer dieser Haltungsarten oder in einem bestimmten Wechsel von ihnen,
  - bei einseitiger körperlicher Belastung?
  - in festgelegtem Arbeitsrhythmus?
  - Wechsel- oder Nachtdienst?
- b) Beschränkungen in der Ausübung geistiger Arbeiten durch die festgestellten Leiden: Beschränken die festgestellten Leiden, insbesondere
- Hör- und Sehvermögen, Reaktionsvermögen, Lese- und Schreibgewandtheit?
  - Auffassungsgabe, Lern- und Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konzentrations-, Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Anpassungs- und Umstellfähigkeit?
- c) Sind Besonderheiten für den Weg zur Arbeit zu berücksichtigen?

Halten Sie den Untersuchten ohne Einschränkung für fähig ein Kraftfahrzeug zu führen?

2. a) Reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle übliche Arbeitszeit aus?

**Falls nein:**

Gilt diese Einschränkung für die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit?

- b) aus welchen gesundheitlichen Gründen muss die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit eingeschränkt werden?

Auf wie viel Stunden bzw. auf wie viel Tage?

Gilt dies für alle noch für möglich gehaltenen Verrichtungen, wenn das Spektrum „Ärztliche Tätigkeit“ folgendes beinhaltet:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| A Umgang und Kontakt mit<br>gesunden oder kranken<br>Menschen, also behandelnde<br>bzw. untersuchende Tätigkeit | B wissenschaftliche /<br>forschende Tätigkeit | C verwaltende Tätigkeit (z.B.<br>gutachterliche (Schreib-<br>tisch-) Tätigkeit, die ärzt-<br>liche Ausbildung erfordert): |
|---|---|---|

c) Um welchen Vomhundertsatz sind ab wann beim Untersuchten jeweils die Fähigkeiten für eine Tätigkeit nach A, B oder C eingeschränkt?

A \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ und/oder

B \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ und/oder

C \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

3. Besteht Aussicht, dass der Untersuchte für ärztliche Tätigkeit nach 2c) A oder C wieder fähig wird?

ja  nein

A \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ und/oder

B \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_ und/oder

C \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

4. Ist zur Feststellung des Leistungsvermögens ein weiteres Gutachten (ggf. auf welchem Fachgebiet) erforderlich?

\_\_\_\_\_

Die Kosten für diese Untersuchung gehen zu Lasten des Mitgliedes.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Raum für ergänzende Ausführungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die beiliegenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift des untersuchenden Arztes

## **Information zur Datenerhebung gem. Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –Direkterhebung-**

### **Angaben zum Verantwortlichen**

Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier  
Schönbornstraße 10, 54295 Trier  
Vertreten durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrates Herrn Dr. med. Rüdiger Schneider  
Telefon: 0651 / 170 886 - 0  
E-Mail: Info@VE-Trier.de  
Webseite: www.VE-Trier.de

### **Angaben zum Datenschutzbeauftragten**

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier ist unter der oben genannten Anschrift zu Händen des Datenschutzbeauftragten oder unter der E-Mailadresse: Datenschutz@VE-Trier.de erreichbar.

### **Arten der personenbezogenen Daten und Datenquellen**

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir, soweit dies für die Verwaltung der Mitgliedschaft erforderlich ist, personenbezogene Daten, die wir im Rahmen gesetzlicher Verfahren (z.B. Arbeitgebermeldeverfahren) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen. Relevante personenbezogene Daten sind Personalien wie z.B. Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort sowie die Staatsangehörigkeit. Darüber hinaus werden auch Daten aus Ihrem familiären Umfeld gespeichert, sofern diese der versicherungsmathematischen Betrachtung oder der Leistungsverwaltung dienen. Relevant sind hier der Familienstand, das Geburtsdatum des Ehegatten, die Namen und Geburtsdaten der Kinder sowie deren Wohnort. Ferner werden zur Abwicklung der Beitragsentrichtung und der Leistungsgewährung Kontendaten direkt von Ihnen erhoben. Zur korrekten Verbeitragung erhalten wir über das Arbeitgebermeldeverfahren auch die finanziellen Daten aus Ihrem Arbeitsverhältnis, sofern Sie bei uns als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt geführt werden.

### **Zweck der Verarbeitung**

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich zum Zweck der Anlage und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft oder Ihres Leistungsbezuges gemäß § 13 Absatz 1 Heilberufsgesetz (HeilBG) sowie der Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e DSGVO). Aufgrund gesetzlicher Vorgaben werden Ihre personenbezogenen Daten auch zur Erfüllung steuer- und sozialversicherungsrechtlicher Kontroll- und Meldepflichten (z.B. Rentenbezugsmitteilungsverfahren) verarbeitet gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c DSGVO. Ferner können personenbezogene Daten auch im Rahmen der Interessenabwägung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f DSGVO erhoben werden. Dies ist beispielsweise bei der Verhinderung und Aufklärung von Straftaten sowie bei Zutrittskontrollen im Eingangsbereich der Fall.

### **Empfänger oder Kategorien von Empfängern personenbezogener Daten**

Innerhalb der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, welche mit der Sicherstellung des Versorgungsauftrages sowie zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben beauftragt sind. Auch von uns eingesetzte Dienstleister können zu diesen Zwecken Daten erhalten. Dies sind Unternehmen in den Kategorien Versicherungsmathematik, IT-Dienstleistungen, Rechtsberatung und Entsorgungsunternehmen. Nach Eingang entsprechender Anträge können auch beteiligte Versicherungsträger durch die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier personenbezogene Daten erhalten. Ferner werden personenbezogene Daten im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen bereitgestellt. Dies sind öffentliche Stellen aus den Kategorien Steuerermittlung, Sozialversicherung, Strafverfolgung und Gerichtsbarkeit.

### **Dauer der Datenspeicherung**

Wir verarbeiten und speichern Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Erforderlichen für die Dauer der Versicherung und des anschließenden Leistungsbezuges. Dabei ist zu beachten, dass die berufsständische Rentenversicherung eine vertragliche Beziehung über Jahrzehnte und über den Tod hinaus darstellt, insofern aus der Versicherungszeit Hinterbliebene oder Versorgungsausgleichsberechtigte hervorgehen. Des Weiteren unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV), dem Handelsgesetzbuch (HGB) sowie der Abgabenordnung (AO) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis zehn Jahre.

### **Weitergabe an Dritte**

Soweit dies nach Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c DSGVO für die Durchführung der Mitgliedschaft oder Abwicklung des Leistungsbezuges erforderlich ist, werden Daten an Dritte weitergegeben (wie bei Dritterhebung). Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken der Verarbeitung verwendet werden.

## **Datenübermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation**

Eine Datenübermittlung in Drittstaaten (Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz) findet nicht statt.

## **Ihre Datenschutzrechte im Einzelnen**

Sie haben das Recht:

- gemäß Artikel 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft Ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und gegebenenfalls aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Artikel 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Artikel 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung der Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Artikel 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, sowie die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Artikel 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Artikel 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- gemäß Artikel 7 Absatz 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen und
- gemäß Artikel 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Verwaltungssitzes wenden.

## **Widerspruchsrecht**

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Artikel 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben oder sich der Widerspruch gegen Direktwerbung richtet. Im letzteren Fall haben Sie ein generelles Widerspruchsrecht, das ohne Angabe einer besonderen Situation von uns umgesetzt wird. Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an [Info@VE-Trier.de](mailto:Info@VE-Trier.de).

## **Angaben zur Aufsicht**

Zuständig für die Kontrolle der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften bei den öffentlichen Stellen des Landes Rheinland-Pfalz ist gemäß § 24 des Landesdatenschutzgesetz Rheinland-Pfalz (LDStG) der Rheinland-Pfälzische Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz ist:

Herr Prof. Dr. Dieter Kugelmann

Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

Telefon: 06131 / 208-2449 bzw. Telefax: 06131 / 208-2497

E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)

Webseite: [www.datenschutz.rlp.de](http://www.datenschutz.rlp.de)

## **Aktualität und Änderung dieser Information**

Diese Information ist aktuell gültig und hat den Stand Mai 2018. Durch die Weiterentwicklung der Angebote oder aufgrund geänderter gesetzlicher beziehungsweise behördlicher Vorgaben kann es notwendig werden diese Information zu ändern.

## Checkliste zur Beantragung der BU-Rente

Haben Sie an alles gedacht?

- Antrag (ausgefüllt und unterschrieben)
- Meldebescheinigung des Antragstellers oder persönliche Vorstellung (bitte bringen Sie Ihren Personalausweis oder Reisepass mit)
- ggfs. Bescheinigung des Arbeitgebers über das Ende des Arbeitsverhältnisses
- Unterlagen der ärztlichen Untersuchung

Nach der Genehmigung der Berufsunfähigkeitsrente benötigen wir noch

- Geburtsurkunde für jedes zulagenberechtigtes Kind (in deutscher Sprache)
- Zulagenberechtigtes Kind zwischen 18 und 27 Jahren: Nachweis über Schul- bzw. Berufsausbildung (in deutscher Sprache)
- Kinder, die jünger als 18. Lebensjahr sind: Bestätigung der Meldebehörde
- Nur wenn Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse:  
Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder zur Ermittlung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung

Für Ihre Unterlagen:

## **Merkblatt zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungsempfänger der berufsständischen Versorgungseinrichtung**

### **1. Wann ist ein Leistungsempfänger der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier kranken- bzw. pflegeversicherungspflichtig?**

- a) Wenn er nochmals oder erstmals eine unselbständige Tätigkeit mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von nicht mehr als 75 % der für Jahresbezüge in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze aufnimmt. Bei nur geringfügiger Tätigkeit besteht Versicherungsfreiheit.
- c) Wenn er eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhält und er seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums aufgrund einer Pflichtversicherung Mitglied war (§ 5 Abs. 1, Nr. 11 SGB V).
- d) Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sind auch dann versicherungspflichtig, wenn sie keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

### **2. Welche Bezüge werden zur Berechnung des Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsbeitrages herangezogen?**

- a) Besteht nach Abs. 1 Buchstabe a) Kranken- sowie Pflegeversicherungspflicht, so werden die Bezüge in folgender Reihenfolge herangezogen:
  1. Arbeitsentgelt aus unselbständiger Tätigkeit
  2. Versorgungsbezüge (Rente aus der Versorgungseinrichtung)
  3. Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeitbis die Beitragsbemessungsgrenze erreicht ist.  
Wird daneben noch eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen, so wird diese zusätzlich bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht unterworfen.
- b) Besteht nach Abs. 1 Buchstabe c) Kranken- bzw. Pflegeversicherungspflicht, so werden die Bezüge in folgender Reihenfolge herangezogen:
  1. Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
  2. Versorgungsbezüge (Rente aus der Versorgungseinrichtung)
  3. Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeitbis die Beitragsbemessungsgrenze erreicht ist.

### **3. Wie ist zu verfahren? -§ 202 SGB V-**

Kranken- bzw. pflegeversicherungspflichtige Leistungsempfänger müssen die der Beitragsentrichtung zugrunde liegenden Einkünfte und bei Versorgungsbezügen die Zahlstelle (=Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier -Körperschaft des öffentlichen Rechts-, Balduinstraße 10-14, 54290 Trier) der zuständigen Krankenkasse mitteilen.

Die Krankenkasse teilt dann der Versorgungseinrichtung die Höhe der von den Versorgungsbezügen einzubehaltenden und an die Krankenkasse abzuführenden Bezüge mit.

Da Beiträge von den Rentenbezügen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu erheben sind, müssen sie jeweils neu festgesetzt werden, wenn sich die Rentenhöhe, die Höhe der Versorgungsbezüge, die Beitragsbemessungsgrenze oder der Beitragssatz ändert.

### **4. Schlussbemerkung**

Die Leistungsempfänger sollten möglichst bald bei den zuständigen Krankenkassen klären lassen, ob sie kranken- und pflegeversicherungspflichtig sind.

Ob bei Kranken- und Pflegeversicherungspflicht die Befreiungsmöglichkeit genutzt werden soll, müssen die betroffenen Leistungsempfänger selbst entscheiden.