

Pensionskasse
für die Deutsche Wirtschaft
Postfach 10 10 54
47010 Duisburg

Absender:

Mitgliedsnummer

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig)

E-Mail für Rückfragen (Angabe freiwillig)

Antrag Berufsunfähigkeitspension

Hiermit beantrage ich meine Berufsunfähigkeitspension bei der PKDW zum

Datum Rentenbeginn bei der PKDW

Bitte überweisen Sie meine Pension auf das Konto

IBAN

Swift-BIC

Kreditinstitut

Krankenversichert bin ich bei der

Name Krankenversicherung

Postleitzahl, Ort

Meine Steuer-ID-Nummer lautet

11-stellige Steuer-ID-Nummer

-
- Anbei erhalten Sie einen amtlichen Nachweis meines Geburtsdatums und -ortes
(z. B. unbeglaubigte Kopie der Geburtsurkunde)

-
- Ich habe ein Kind / mehrere Kinder
Hinweis: Diese Angabe benötigt die Pensionskasse im Rahmen der Meldung an Ihre Krankenkasse.
Privat Krankenversicherte rechnen ihre Pflegeversicherung direkt mit ihrer Krankenkasse ab; sie können diesen Punkt überspringen.

-
- Den Versicherungsschein habe ich beigelegt
 Der Versicherungsschein liegt mir nicht vor

-
- Anbei erhalten Sie die Seiten 1–3 des Rentenbescheides in Kopie

-
- Eine Einwilligungserklärung für die Auskunftserteilung der Deutschen Rentenversicherung liegt bei
Hinweis: Eine Rückfrage bei der Deutschen Rentenversicherung ist erforderlich, um zu klären, in welchem Umfang Krankheit, Gebrechen oder Schwächen der körperlichen oder geistigen Kräfte Ursachen für die Erwerbsminderung sind. Die Deutsche Rentenversicherung erteilt uns nur dann Auskunft, wenn Ihr schriftliches Einverständnis hierzu im Original vorliegt.

Selbstverständlich sind Sie dazu befugt, die für die Vertragsdurchführung der Pensionskasse nicht relevanten Daten unkenntlich zu machen.

Die das Versicherungsverhältnis betreffenden personenbezogenen Daten werden gemäß den Anforderungen der DS-GVO und des BDSG-neu verarbeitet im Sinne des Art. 4 Ziff. 2 DS-GVO.

Ich habe die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet.

Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen: zusätzlich Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung

Renten-Versicherungs-Nr.

PKDW-Mitglieds-Nr.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft (kurz PKDW), Am Burgacker 37, 47051 Duisburg, von dem o. g. Rentenversicherungsträger zur Feststellung der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente folgende Informationen/Unterlagen anfordern darf und erhält:

1. Fotokopien der in den Akten befindlichen Entscheidungsvorlagen sowie medizinischer Gutachten und
2. die Beantwortung nachstehender Fragen:
 - Durch welche Gesundheitsstörungen ist die Erwerbsminderung eingetreten?
 - Wann sind die Ursachen dafür erstmals aufgetreten?
 - Ist der Versicherte zwar leistungsgemindert, aber in der Lage, täglich mehr als 3 Stunden zu arbeiten und mehr als die Einkommenshälfte zu erzielen?
 - Sind für die Entscheidung, Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren, die Verhältnisse des Arbeitsmarktes überwiegend ausschlaggebend gewesen?

Ich entbinde den für meine Erwerbsminderungsrente zuständigen Rentenversicherungsträger ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Mir ist bewusst, dass ich nicht dazu verpflichtet bin, diese Einwilligungserklärung abzugeben. Willige ich nicht ein, so ist Voraussetzung der Gewährung von Berufsunfähigkeitsleistungen, dass ich der PKDW gleichwertige Unterlagen über Ursache, Beginn, Art, Verlauf oder voraussichtliche Dauer meines Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit vorlege.

Unterschrift Vor- und Zuname

Datum der Einwilligungserklärung

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, Ihre vorstehende Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf ist sowohl per E-Mail, per Post oder per Fax möglich. Ergänzende Informationen zum Datenschutz stehen Ihnen auf www.pkdw.de/datenschutz zur Verfügung.

Original zur Rücksendung an die PKDW

Renten-Versicherungs-Nr.

PKDW-Mitglieds-Nr.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft (kurz PKDW), Am Burgacker 37, 47051 Duisburg, von dem o. g. Rentenversicherungsträger zur Feststellung der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente folgende Informationen/Unterlagen anfordern darf und erhält:

1. Fotokopien der in den Akten befindlichen Entscheidungsvorlagen sowie medizinischer Gutachten und
2. die Beantwortung nachstehender Fragen:
 - Durch welche Gesundheitsstörungen ist die Erwerbsminderung eingetreten?
 - Wann sind die Ursachen dafür erstmals aufgetreten?
 - Ist der Versicherte zwar leistungsgemindert, aber in der Lage, täglich mehr als 3 Stunden zu arbeiten und mehr als die Einkommenshälfte zu erzielen?
 - Sind für die Entscheidung, Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren, die Verhältnisse des Arbeitsmarktes überwiegend ausschlaggebend gewesen?

Ich entbinde den für meine Erwerbsminderungsrente zuständigen Rentenversicherungsträger ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Mir ist bewusst, dass ich nicht dazu verpflichtet bin, diese Einwilligungserklärung abzugeben. Willige ich nicht ein, so ist Voraussetzung der Gewährung von Berufsunfähigkeitsleistungen, dass ich der PKDW gleichwertige Unterlagen über Ursache, Beginn, Art, Verlauf oder voraussichtliche Dauer meines Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit vorlege.

Unterschrift Vor- und Zuname

Datum der Einwilligungserklärung

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, Ihre vorstehende Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf ist sowohl per E-Mail, per Post oder per Fax möglich. Ergänzende Informationen zum Datenschutz stehen Ihnen auf www.pkdw.de/datenschutz zur Verfügung.

Zweitschrift für Ihre Unterlagen