

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

### **ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE**

**Ich stelle Antrag auf Zahlung obiger Rente ab 01.**

Name geb. am

Mitgliedsnummer

Geburtsname Geburtsort

**Bitte reichen Sie eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde mit dem Rentenantrag ein.**

Privat - Anschrift

Privat - Telefon - Nr.

E - Mail - Adresse

Bankinstitut

Kontoinhaber

BLZ Konto - Nr.

Familienstand ☐ ledig  
☐ geschieden seit  
☐ verwitwet seit  
☐ verheiratet seit  
☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit

Name des Ehepartners

Geburtsname geb. am

Mir ist bekannt, dass die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bei vorübergehender oder dauernder Berufsunfähigkeit die Einstellung der pharmazeutischen Tätigkeit voraussetzt.

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich ab \_\_\_\_\_ keinerlei pharmazeutische Tätigkeit mehr ausübe bzw. ausüben werde. Eine etwaige Wiederaufnahme der pharmazeutischen Tätigkeit vor Vollendung des 65. Lebensjahres werde ich dem Versorgungswerk unverzüglich anzeigen.

Bitte beachten Sie, dass satzungsgemäß der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Einstellung der pharmazeutischen Tätigkeit beginnt, frühestens jedoch ab dem Monat, in dem der Antrag beim Versorgungswerk eingeht. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt nicht als eingestellt, solange die Apotheke durch einen Vertreter geführt wird oder bei angestellten Apothekern durch den Arbeitgeber die Dienstbezüge weiter gewährt werden. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt auch für die Zeiten als nicht eingestellt, in der das Mitglied Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhält.

**An erforderlichen Unterlagen werden beigelegt:**

- ☐ Eigene Geburtsurkunde
- ☐ Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit
- ☐ Erklärung des Versorgungsempfängers im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner zur sozialen Pflegeversicherung
- ☐ Erklärung des Mitgliedes über das fachärztliche Gutachten
- ☐ Vollmacht über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- ☐ Bescheinigung - Öffnungsklausel nach dem Alterseinkünftegesetz
- ☐ Nachweis über den Verkauf / die Verpachtung der Apotheke beglaubigte Abschrift oder Fotokopie bei Selbständigen
- ☐ Eigenes fachärztliches Gutachten eines Arztes, der weder verwandt, verwandt, verheiratet oder zuvor ärztlich für Sie tätig geworden ist. Das fachärztliche Gutachten hat über die genaue Diagnose, den Beginn sowie die voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit Auskunft zu geben

**und / oder**

- ☐ Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung
- ☐ amtliche Bestätigung über die Aufgabe und Abmeldung der beruflichen Tätigkeit

---

**(Datum und Unterschrift des Mitglieds)**

## Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

## Erklärung des Versorgungsempfängers über die Krankenkassenzugehörigkeit

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen, entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V obliegenden Meldeverpflichtungen, dass ich wie folgt versichert bin:

☐ **gesetzliche** Krankenkasse

☐ **private** Krankenversicherung

---

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

---

Versicherungsbeginn

---

(Versicherungsnummer)

\*) Da ich **Mitglied** einer **gesetzlichen Krankenkasse** bin, füge ich eine Bescheinigung meiner Krankenkasse über die **Art der Krankenversicherung** als krankenversicherungspflichtiges oder als krankenversicherungsfreies Mitglied bei.

---

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

.../4

## Erklärung des Versorgungsempfängers im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner zur sozialen Pflegeversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber dem

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

☐ Ja

☐ Nein

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der

⇒ Geburtsurkunde

oder

⇒ Adoptionsurkunde

mit einzureichen.

---

(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)

### **Erklärung des Mitgliedes über das fachärztliche Gutachten**

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich, dass der erstellende Arzt für das beigefügte fachärztliche Gutachten weder mit mir verwandt, verschwägert, verheiratet oder zuvor ärztlich für mich tätig geworden ist.

\_\_\_\_\_  
**(Datum und Unterschrift des Mitglieds)**

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

## **Vollmacht**

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und bevollmächtige das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen zur Anforderung aller ärztlichen Unterlagen und Auskünfte.

\_\_\_\_\_  
**(Datum und Unterschrift des Mitglieds)**

Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt/M.

Sie haben durch das Bundeszentralamt für Steuern Ihre persönliche Steuer - Identifikationsnummer erhalten.

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige Identifikationsnummer ein:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

**Bestehen noch weitere Rentenanwartschaften oder Rentenzahlungsansprüche gegenüber staatlichen Rentenversicherungsträgern?**

1. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der Europäischen Union (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

☐  
☐

nein

ja

vom /bis \_\_\_\_\_

Versicherungsträger / Versorgungssystem: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

2. Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

☐  
☐

nein

ja

vom/bis \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (z. B. Deutscher Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft bzw. andere) zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte die entsprechende Bescheinigung - Öffnungsklausel nach dem Alterseinkünftegesetz - schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung anfordern und in Kopie beifügen)**

☐  
☐

nein

ja

vom/bis \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Rentenversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie auch Zeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk zurückgelegt? **(Wenn ja, bitte den Versicherungsverlauf in Kopie beifügen)**

☐  
☐

nein

ja

vom/bis \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Versorgungswerkes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Datum und Unterschrift des Versorgungsempfängers)**