

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE

Ich stelle Antrag auf Zahlung obiger Rente ab 01.

Name geb. am

Mitgliedsnummer

Geburtsname Geburtsort*

Staatsangehörigkeit

Anschrift

Telefon - Nr.

E-Mail

- Familienstand ledig
- geschieden verwitwet
- verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft

Name des Ehepartners

Geburtsname geb. am

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

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Bankverbindung für die Zahlung der Rentenleistung

Name

geb. am

Bankinstitut

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Prüfziffer				Bankleitzahl							Kontonummer								

Abweichungen zum Kontoinhaber:

Sollten Sie nicht der Kontoinhaber sein, bitte diesen Vordruck selber und auch vom Kontoinhaber unterschreiben lassen.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

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 67. 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 aber in dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Berufsunfähigkeitsrente beim Versorgungswerk folgt. 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, Verletzengeld oder Übergangsgeld erhält.

An erforderlichen Unterlagen werden beigefügt:

- 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
- Nachweis über den Verkauf / die Verpachtung der Apotheke beglaubigte Abschrift oder Fotokopie bei Selbständigen
- Eigenes fachärztliches Gutachten eines Arztes, der weder verwandt, verschwägert, 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

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:

Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Mitgliedschaftsbestätigung bei.

- gesetzliche Krankenkasse private Krankenversicherung

(Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse)

(Versicherungsbeginn)

(Sozialversicherungsnummer)

Haben Sie Krankengeld beantragt

- Ja Nein

Falls ja, ab wann: _____ Bezug voraussichtlich bis: _____

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

Haben Sie leibliche oder adoptierte Kinder?

- Ja Nein

Anzahl der Kinder: _____

Wenn Sie Kinder haben, möchten wir Sie bitten, **eine Kopie** der Geburtsurkunde oder der Adoptionsurkunde des jüngsten Kindes einzureichen und namentlich zu benennen.

Name _____ geboren am _____

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

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.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name

geb. am

Mitgliedsnummer

Hiermit entbinde ich, alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund,

an das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen herausgegeben und in meiner Angelegenheit verwertet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

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

Bitte beachten Sie:

Das Bundeszentralamt für Steuern hat seit dem 1. August 2008 jedem in Deutschland gemeldeten Bürger schriftlich seine persönliche steuerliche Identifikationsnummer mitgeteilt. Wir benötigen die Nummer für das Rentenbezugsmitteilungsverfahren. Sie sind daher verpflichtet, die Identifikationsnummer mitzuteilen. Das gilt auch, wenn Sie im Ausland leben.

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: _____

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -