

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

Anschrift

Telefon - Nr.

E-Mail

Familienstand: Seit _____

- ledig verheiratet geschieden
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Aktueller Rentenversicherungsträger bei Antragsstellung: _____

Mitglieds-, Versicherungsnummer, Aktenzeichen: _____

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

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG). Die Erhebung und Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des § 20 HDSIG.

- 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, Verletztengeld 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

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG). Die Erhebung und Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des § 20 HDSIG.

- 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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG). Die Erhebung und Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des § 20 HDSIG.

- 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 fünf 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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG). Die Erhebung und Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des § 20 HDSIG.

- 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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG). Die Erhebung und Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des § 20 HDSIG.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

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 _____

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 Alters-einkünftegesetz - 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: _____

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -