

An das

Versorgungswerk  
der Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Barbarosahof 16  
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

## ANTRAG AUF RUHEGELD WEGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT

- Ich stelle Antrag auf Ruhegeld wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit gemäß § 27 Abs. 1 Buchst. a der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen
- Ich stelle Antrag auf Ruhegeld wegen dauernder Berufsunfähigkeit gemäß § 27 Abs. 1 Buchst. b der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen

### 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

**Persönliche Identifikationsnummer:** \_\_\_\_\_

**SV-Nummer:**  
(siehe Rentenbescheid, Lohnabrechnung oder Sozialversicherungsausweis)  
\_\_\_\_\_

Geburts-, Vorname d. Ehegatten: \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Kontoverbindung:**

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**Aufschiebend bedingte Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich meine o. g. Bank mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, etwa überzahlte Versorgungsbezüge, die nach Eintritt des Todes ausgezahlt wurden, auf Anforderung dem Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen K.d.ö.R. zurückzuzahlen.

Ich bin damit einverstanden, dass ein etwaiger Beitragsrückstand von meinem Ruhegeld einbehalten wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

## 2. Art und Umfang der zahnärztlichen Tätigkeit bzw. der zuletzt ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeit

Tätigkeitsbezeichnung: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

- angestellt                       niedergelassen                       beamtet
- Freier Mitarbeiter / Praxisvertreter                       Vollzeitbeschäftigung
- Teilzeitbeschäftigung                      \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche
- Die zahnärztliche Tätigkeit ruht seit \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen:

Art der Erkrankung	Zeitraum der Beeinträchtigung
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

### Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen nach Ansicht der behandelnden Ärzte:

- auf Dauer
- zu mindest für einen Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- für einen derzeit nicht absehbaren Zeitraum, aber nicht zwingend auf Dauer.
- vorübergehend

### Auswirkung der Erkrankung auf die Berufstätigkeit:

- Ich bin arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_
- Die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit ist höchstens bis zur Dauer von \_\_\_\_\_ Stunden täglich möglich
- Die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit ist nur unter Inkaufnahme folgender Einschränkungen möglich:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ich werde die zahnärztliche Tätigkeit wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen zum \_\_\_\_\_ einstellen.
- keine

Sonstiges

---

---

---

**4. Folgende Maßnahmen werden / wurden bislang zur Besserung meines Gesundheitszustandes durchgeführt:**

1. Stationäre Heilbehandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
2. Anschlussheilbehandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
3. Rehabilitationsmaßnahme von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
4. Kuraufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
5. Ambulante Behandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**5. Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z.B. Deutsche Rentenversicherung, LVA, Knappschaftsversicherung, Berufsständische Versorgung etc.)?  
Bei JA bitte nähere Angaben:**

---

---

---

---

Dem Antrag ist ein ausführliches Attest der behandelnden Ärzte über die vorliegenden Gesundheitsstörungen mit Anamnese, Verlauf, bisheriger Therapie und aktuellem Befund sowie detaillierten Angaben über die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Fälligkeit, den zahnärztlichen Beruf zukünftig auszuüben, beizufügen.

Die vorgenannten Nachweise können auch noch nach Feststellen der Berufsunfähigkeit durch den Vorstand des Versorgungswerkes der Landeszahnärztekammer Thüringen nachgereicht werden. Diese müssen aber in jedem Fall vor Erlass des Rentenbescheides vorliegen, da die nachzuweisenden Informationen für die Festsetzung des Beginnzeitpunktes und der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente unverzichtbar sind.

Anmerkung

Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde bei. Sofern Sie uns Originale einsenden, werden wir Ihnen diese selbstverständlich zurücksenden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

### Hinweis zur persönlichen Identifikationsnummer

Ihre persönliche Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt und ersetzt die bisherige Steuernummer.

Die Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen des Alterseinkünftegesetzes als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

**Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Identifikationsnummer zwingend erforderlich.**

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT**

**Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung und entbinde diese von der ärztlichen Schweigepflicht:**

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon:	

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon:	

Name:	
Anschrift:	
Fachrichtung:	
Telefon:	

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

\_\_\_\_\_  
 (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift des Antragstellers)

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT**

Sollte im Rahmen der Prüfung meiner möglichen Berufsunfähigkeit die Notwendigkeit bestehen, einen Gutachter hinzuzuziehen, erkläre ich mich hiermit mit der Übermittlung der bei den o.g. Ärzten angefragten Behandlungsdaten und Befunde, nebst möglicher selbst übersandter Unterlagen, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
 (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift des Antragstellers)

## **Antrag auf Gewährung von Kinderzuschlag**

Ein Kindergeldzuschlag gemäß § 35 der Satzung wird gewährt für jedes minderjährige, eheliche Kind eines Mitgliedes oder nichteheliche Kind eines weiblichen Mitgliedes und nichteheliche Kind eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist, sowie vor Eintritt des Versorgungsfalles für ehelich erklärte oder an Kindes Statt angenommene Kinder.

### ***Kinder unter 18 Jahren***

Name / Vorname

Geburtsdatum

---

---

---

---

---

---

Kinderzuschlag wird über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus für die Kinder gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen bei Vollendung des 18. Lebensjahres außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

*Entsprechende Nachweise über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung sind zu führen (Studienbescheinigungen mit Angabe des Faches). Bei dauernder Erwerbsunfähigkeit ist ein ärztliches Gutachten neuesten Datums vorzulegen.*

### ***Kinder über 18 Jahren***

Name / Vorname

Geburtsdatum

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

### **Anmerkung**

Bitte fügen Sie diesem Antrag für die oben aufgeführten Kinder Geburtsurkunden bei. Sofern Sie uns Originale einsenden, werden wir Ihnen diese selbstverständlich zurücksenden.

**Fragebogen zum zwischenstaatlichen Rentenantrags- und  
Bescheidverfahren nach der VO (EG) Nr.: 883/2004 und  
987/2009**

Name / Vorname

Geburtsdatum

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 EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Polen, Rumänien, Schweden, Spanien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich anzugeben.

NEIN

JA

Versicherungsträger/Versorgungssystem

Staat

--	--

Ausländische Versicherungszeiten (von / bis) Versicherungsnummer

Aktenzeichen

--	--

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, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

NEIN

JA

Zeitraum (von / bis)

Staat

--	--

3. Falls Sie die Ziffern 1 oder 2 mit JA beantwortet haben, haben Sie auch in Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt?

NEIN

JA

Versicherungszeiten (von / bis)

--

Versicherungsträger, z. B. Deutsche Rentenversicherung (ehem. BfA, LVA) oder Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehem. Bundesknappschaft)

--

--

4. Liegen Vorversicherungszeiten in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk vor?

NEIN

JA

Versicherungszeiten (von / bis)

Name des Versorgungswerkes

**Falls Sie eine der vorgenannten Fragen mit JA beantwortet haben:**

Soll der beantragte Ruhegeldbeginn auch für o. g. europäische Versorgungsträger / andere Versorgungswerke, (dies gilt NICHT für die Deutsche Rentenversicherung) gelten?

**JA**

**NEIN**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller