

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.