
**Folge-Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit
zur Vorlage beim Versorgungswerk der
Landestierärztekammer Hessen
zur Mitgl.-Nr. _____**

1. Name, Vorname _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____

2. Kinder:
- für jedes Kind unter 18 Jahren Geburtsurkunde und Lebensbescheinigung beifügen
- für jedes Kind ab 18 bis unter 25 Jahren ggf. Ausbildungsnachweis, Geburtsurkunde und Lebensbescheinigung beifügen

3. Zu welchem Zeitpunkt wird oder wurde die gesamte tierärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt? _____

Art der zuletzt ausgeübten Praxistätigkeit(en): _____

- a) Praxisinhaber(in)
 Angestellter Tierarzt / Angestellte Tierärztin
 Beamteter Tierarzt / Beamtete Tierärztin

Arbeitgeber / Dienstherr _____

Wann enden die Gehaltszahlungen? _____
- Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen -

b) Wird die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt?
 ja nein

c) Sonstige tierärztliche Tätigkeit(en): _____

4. Haben Sie wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z. B. Rente und / oder Kapitalabfindung aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?
 ja nein

gegen wen? _____

in welcher Höhe ? _____

5. Sind Sie Mitglied der gesetzl. Krankenversicherung
oder sind Sie privat krankenversichert ?

Falls Sie Mitglied der gesetzl. Krankenversicherung sind,
- teilen Sie uns bitte den Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse mit:

- Sind Sie dort freiwilliges Mitglied oder pflichtversichert ?

- Wie hoch ist der Beitragssatz Ihrer Krankenkasse für Versorgungsempfänger? _____

6. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Leiden Sie an einer Berufserkrankung? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?

7. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Ja Nein

Weshalb? _____

Von welcher Stelle? _____

8. Haben Sie weitere Rentenanwartschaften in eine der unten aufgeführten Versorgungseinrichtungen erworben?

- a) Ja Nein wenn ja, bei welcher?

Baden-Württembergische
Versorgungsanstalt für
Ärzte, Zahnärzte und
Tierärzte –Tübingen-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Bayerische Ärzteversor-
gung –München-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Versorgungswerk der
Landestierärztekammer
Mecklenburg-
Vorpommern –Berlin-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Tierärzteversorgung Nie-
dersachsen –Hannover-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Versorgungswerk der
Tierärztekammer Nord-
rhein –Kempen-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Versorgungswerk der
Tierärztekammer Westfa-
len-Lippe –Münster-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Sächsische Landestierärz-
tekammer – Sächsische
Ärzteversorgung - Dres-
den-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Versorgungswerk der
Landestierärztekammer
Thüringen –Berlin-

Versicherungsnummer: Zeitraum:

Sonstiges Versorgungswerk:

Versicherungsnummer: Zeitraum:

- b)** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen in den o. g. Versorgungseinrichtungen das Berufsunfähigkeitsrentenverfahren einleitet.

Ja

Nein

- c)** Hiermit ermächtige ich das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen zur Weitergabe von Daten (Befundberichten, Gutachten, etc.) an die o. g. beteiligten Versorgungseinrichtungen.

Ja

Nein

- 9.** Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Die im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeitsrente für mich und meine Angehörigen relevanten Satzungsbestimmungen, insbesondere die §§ 22, 23, 24, 27 und 29, sind mir bekannt.

Das von mir gemäß § 22 Abs. 4, vorzulegende ärztliche Gutachten

ist beigelegt

wird nachgereicht

Hiermit ermächtige ich, gegebenenfalls unter Entbindung der Schweigepflicht,

- meine gesetzliche und / oder private Krankenversicherung, Auskünfte über die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit und den Beginn und Zeitraum der Zahlung von Krankengeld,

- meinen Arbeitgeber, Auskünfte über das Ende der Gehaltszahlungen

zu erteilen.

Ärzte, Krankenanstalten u. ä. entbinde ich ebenfalls von der Schweigepflicht.

Hiermit stelle ich den Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit. Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift