

Hinweis zum Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit

Sofern Sie einen Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit stellen, ist als erster Nachweis der Berufsunfähigkeit in jedem Fall ein möglichst ausführliches ärztliches Zeugnis des / des behandelnden Arztes / Ärztin erforderlich, aus dem Beginn, Art und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit hervorgehen.

Nach Vorlage der Unterlagen wird im Regelfall eine ärztliche Untersuchung durch eine/n von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung zu bestimmende/n Gutachterin / Gutachter veranlasst. Die Kosten der Begutachtung trägt die Hessische Zahnärzte-Versorgung.

Falls Sie eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, dürfen wir auf folgenden Sachverhalt verweisen:

Die Krankentagegeldversicherung gewährt grundsätzlich nur so lange Leistungen, bis eine Berufsunfähigkeit gegeben ist. Der Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit ist für den Krankentagegeldversicherer oft Anlass, die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit in Frage zu stellen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls bei Ihrer Versicherung.

Bitte beachten sie auch die beigefügten **Erläuterungen zum Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit am Ende des Antrages**.

Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit einer Kopie der Geburtsurkunde an uns zurückzusenden.

Hinweis zur Steuer-Identifikationsnummer

Ihre Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt.

Die Steuer-Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von § 22 a Einkommensteuergesetz (EStG) als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Steuer-Identifikationsnummer zwingend erforderlich.



Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

**Antrag auf Ruhegeld wegen vorübergehender / dauernder Berufsunfähigkeit
gemäß § 25 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) vom 01.01.2010
Stand 01.01.2024**

Zutreffendes bitte auswählen

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhegeld wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit gemäß § 25 Abs. 1 Buchstabe a) der Satzung |
| <input type="checkbox"/> Ruhegeld wegen dauernder Berufsunfähigkeit gemäß § 25 Abs. 1 Buchstabe b) der Satzung |

Persönliche Angaben:

| | | |
|---|------------|------------------------------|
| Vorname Name | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Staatsangehörigkeit |
| Straße | | Postleitzahl, Wohnort |
| Telefon | | Steuer-Identifikationsnummer |
| Familienstand | | Tag der Eheschließung |
| Name Ehepartner/in, Geburtsname | | Geburtsdatum Ehepartner/in |
| Anschrift Ehepartner/in (nur erforderlich bei abweichender Anschrift) | | |

| | | | |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragsteller/in |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|

Kontoverbindung Versorgungsbezug

Hinweis: Die Auszahlung der Versorgungsbezüge kann nur auf ein Konto erfolgen, bei dem Sie Inhaber/in oder Mitinhaber/in sind. Eine Verfügungsberechtigung genügt nicht.

| |
|--|
| Vorname Name |
| Mitgliedsnummer |
| Kontoinhaber/in |
| Anschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
| IBAN (22 Stellen) |
| BIC |
| Name des Kreditinstituts |

Ich versichere ausdrücklich Inhaber/in bzw. Mitinhaber/in des oben genannten Kontos zu sein und verpflichte mich, die Verwaltung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K. d. ö. R., Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main, unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald die Inhaberschaft bzw. Mitinhaberschaft entfällt.

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 der Hessischen Zahnärzte-Versorgung, Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Hessen K. d. ö. R., zurückzuzahlen.

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |
|-----|-------|-----------------|---|
| | | | |

Antrag auf Gewährung des Kinderzuschlages nach § 33 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (nur für Mitglieder der HZV)

Zum Ruhegeld wird für jedes minderjährige Kind sowie für jedes volljährige Kind eines Mitgliedes ein Kinderzuschlag gemäß § 33 der Satzung gewährt, soweit es sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder aufgrund von körperlichen oder geistigen Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Der Kinderzuschlag wird längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt und beträgt zurzeit monatlich EUR 30,00.

Als Nachweis gilt die Schul- bzw. Studienbescheinigung oder die Bescheinigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin über die Berufsausbildung.

Zu berücksichtigende Kinder:

| | |
|--------------|--------------|
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |

Anmerkung

Bitte fügen Sie diesem Antrag für die oben aufgeführten Kinder die Geburtsurkunde und die aktuelle Bescheinigung über die derzeitige Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium bei.

Nachweise sind grundsätzlich im Original oder in Form einer amtlich beglaubigten Kopie zu führen.

| | | | |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragssteller/in |
|-----|-------|-----------------|--------------------------------|

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen

Gemäß §§ 202 Abs. 1 Satz 1, 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind wir als Zahlstelle dazu verpflichtet, die zuständige Krankenkasse unserer Versorgungsempfänger/innen zu ermitteln und gegebenenfalls die Beiträge an die jeweilige Krankenversicherung abzuführen.

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

I. Personalien

| | |
|--|--------------|
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Sozialversicherungsnummer Deutsche Rentenversicherung Bund | |

II. Erklärung zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

Hiermit erkläre ich gegenüber der

Hessischen Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

entsprechend der mir nach § 202 Abs.1 Satz 3 SGB V obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich

| | |
|---|--------------------------|
| bei folgender gesetzlichen Krankenversicherung | seit/ab |
| | Name |
| | Mitgliedsnummer |
| | Sitz der Geschäftsstelle |
| bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung | |
| weder bei einer gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen | |

krankenversichert bin.

Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung füllen Sie bitte auch Seite 5 aus.

| | | | |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragsteller/in |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|

III. Erklärung zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zutreffendes bitte auswählen

| |
|--|
| Ich erhalte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. |
| Ich bin Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. |
| Ich bin freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. |
| Es werden aufgrund meiner freiwilligen Mitgliedschaft in meiner Krankenversicherung bereits Beiträge aus anderen Bezügen / Einkünften einbehalten. |
| Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge. |

IV. Pflegeversicherung - Beitragszuschlag für Kinderlose

(Hiervon ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie alle Personen, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden)

| |
|--|
| Ich habe Kinder. (Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie der Geburtsurkunde bei.) |
|--|

Zuschlagsbefreit sind nicht nur Eltern mit leiblichen Kindern, sondern auch mit Stief-, Pflege- und Adoptivkindern. Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden beitragspflichtigen Elternteilen Zuschlagsfreiheit aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos, eine Lebendgeburt schließt die Zuschlagspflicht ebenfalls dauerhaft aus.

Seit 01.07.2023 zahlen Eltern mit mehreren Kindern geringere Beiträge für die Pflegeversicherung. Versicherte mit mehreren Kindern werden ab dem 2. Kind bis zum 5. Kind entlastet. Der Abschlag gilt bis zum Ende des Monats, in dem das Kind jeweils sein 25. Lebensjahr vollendet hat. Danach entfällt der Abschlag für diese Kinder.

Die **Elterneigenschaft** sowie die **Anzahl der Kinder unter 25 Jahren** müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern dieser die Angaben nicht bereits bekannt sind (vgl. § 55 Abs. 3a SGB XI). In dem Zeitraum vom **01.07.2023 bis zum 30.06.2025** (Übergangszeitraum) gilt der Nachweis auch dann als erbracht, wenn Sie auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilen. Auf die Prüfung konkreter Nachweise kann in diesem Fall verzichtet werden.

Zu berücksichtigende Kinder unter 25:

| | |
|--------------|--------------|
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |
| Vorname Name | Geburtsdatum |

| | | | |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragsteller/in |
| | | | |

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

| | | |
|--------------|-----------------|--------------|
| Vorname Name | Mitgliedsnummer | Geburtsdatum |
|--------------|-----------------|--------------|

1. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte / Beamtinnen 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, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

| | | | |
|------|--------------|-----|-------|
| nein | | | |
| ja | Zeitraum von | bis | Staat |

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

| | | | |
|------|---|--|-----|
| nein | | | |
| ja | Versicherungszeiten von | | bis |
| | Versicherungsträger z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund (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 europäische Versorgungsträger / andere Versorgungswerke (dies gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung) gelten?

ja

nein

| Ort | Datum | Mitgliedsnummer | Unterschrift Antragsteller/in |
|-----|-------|-----------------|-------------------------------|
| | | | |

**Erläuterungen zum Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit
gemäß § 25 der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) (Stand 01/2021)**

Nach der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung ist ein Mitglied berufsunfähig, wenn es infolge Gebrechen oder Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, bei der Kenntnisse, die zum zahnärztlichen Fachwissen gehören, vorausgesetzt oder angewandt werden. Bei der Beurteilung bleiben andere als medizinische Gründe außer Betracht.

Dieser Begriff der Berufsunfähigkeit ist in einem umfassenden Sinn zu verstehen. Das berufsständische Versorgungswerk kennt kein nach dem Grad der Erwerbsminderung abgestuftes Ruhegeld; es wird vielmehr bei Berufsunfähigkeit im oben genannten Sinn das „volle“ Ruhegeld gezahlt. Gerade aus diesem Prinzip des „Alles oder Nichts“ folgt, dass der Begriff der Berufsunfähigkeit in der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung dahin auszulegen ist, dass die uneingeschränkte Unfähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit gegeben sein muss.

Mitglieder, die ihre zahnärztliche Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen vorübergehend aufgeben müssen, können einen Antrag auf Ruhegeld wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit gemäß § 25 Abs. 1 Buchstabe a) der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung stellen.

Ruhegeld wegen **vorübergehender Berufsunfähigkeit** erhält ein berufsunfähiges Mitglied, das seinen Beruf länger als 6 Monate nachweisbar nicht ausübt; der Anspruch entsteht in diesem Falle nach 6 Monaten (Ruhegeld auf Zeit). **Als Nachweis für die Nichtausübung der zahnärztlichen Tätigkeit gelten bei niedergelassenen Mitgliedern die Dauer des Ruhens der Kassenzulassung oder die Dauer der Bestellung eines durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Krankheitsvertreters.**

Mitglieder, die ihre zahnärztliche Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen dauernd aufgeben müssen, können einen Antrag auf Ruhegeld wegen dauernder Berufsunfähigkeit gemäß § 25 Abs. 1 Buchstabe b) der Satzung der Hessischen Zahnärzte-Versorgung stellen.

Ruhegeld wegen **dauernder Berufsunfähigkeit** erhält ein Mitglied, das voraussichtlich dauernd berufsunfähig ist und die Ausübung des Berufes aufgibt. **Als Nachweis für die Berufsaufgabe gilt die bestätigte Abmeldung bei der zuständigen Zahnärztekammer.**

Um sich über die Konsequenzen, die mit einer Rückgabe der Kassenzulassung / Abmeldung der zahnärztlichen Tätigkeit verbunden sind, zu informieren, empfehlen wir eine Beratung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung / Landes Zahnärztekammer in Anspruch zu nehmen.

Wird Ruhegeld später als 6 Monate nach Beginn der Berufsunfähigkeit beantragt, besteht der Anspruch frühestens ab dem auf den Antrag folgenden Monat.

Als Tag der Antragstellung gilt jeweils das Datum des Eingangs bei dem Versorgungswerk.

Der Versorgungsfall liegt vor, wenn und solange sämtliche Voraussetzungen für die Gewährung einer Versorgungsleistung erfüllt sind. Ruhegeld wird ab dem Monat gezahlt, der dem Eintritt des Versorgungsfalles folgt.

Hessische Zahnärzte-Versorgung

Das Versorgungswerk kann verlangen, dass sich diejenige / derjenige, die / der Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit beantragt hat oder erhält, einer Heilbehandlung, Weiterbildung oder anderen qualifizierenden Maßnahmen unterzieht, wenn zu erwarten ist, dass diese Maßnahme die Berufsunfähigkeit beseitigt oder eine drohende Berufsunfähigkeit verhindert und für das Mitglied zumutbar ist. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung nicht nach, so kann das Versorgungswerk das Ruhegeld ganz oder teilweise versagen oder entziehen, wenn zuvor auf die Folgen schriftlich hingewiesen und eine angemessene Frist gesetzt wurde.

Sind die körperlichen Gebrechen oder Schwächen durch Selbstverstümmelung eingetreten, so entfällt der Anspruch auf ein Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit.

Falls Sie eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, dürfen wir auf folgenden Sachverhalt verweisen:

Die Krankentagegeldversicherung gewährt grundsätzlich nur so lange Leistungen, bis eine Berufsunfähigkeit gegeben ist. Der Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit ist für den Krankentagegeldversicherer oft Anlass, die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit in Frage zu stellen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls bei Ihrer Versicherung.

Sofern Sie einen Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit stellen, ist als erster Nachweis der Berufsunfähigkeit in jedem Fall ein möglichst ausführliches ärztliches Zeugnis der / des behandelnden Ärztin / Arztes erforderlich, aus dem Beginn, Art und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit hervorgehen.

Nach Vorlage der Unterlagen wird im Regelfall eine ärztliche Untersuchung durch eine/n von dem Versorgungswerk zu bestimmende/n Gutachterin / Gutachter veranlasst. Die Kosten der Begutachtung trägt die Hessische Zahnärzte-Versorgung.

Nach Vorliegen des Gutachtens wird dann über den Antrag entschieden.