

Bitte senden Sie diese Erklärung ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente an uns zurück.

Teilnehmernummer

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht

Soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit erforderlich ist, entbinde ich hiermit die mit dem Vorgang befassten Ärzte, medizinischen Einrichtungen und Versicherungen gegenüber den durch das Versorgungswerk bestellten Gutachtern, diese untereinander sowie gegenüber dem Versorgungswerk von der Schweigepflicht.

Folgende Ärzte sind mit meiner Behandlung betraut:

Name	Adresse	Telefon

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Erklärung für den Fall einer Berufsunfähigkeitsrente nach Europäischem Recht

Nur bei Ansprüchen auf Berufsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente aus einem EU-Mitgliedsstaat oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk unterschreiben.

Ich, _____, erkläre mich mit der Weitergabe der
ärztlichen Gutachten an die beteiligten Rententräger einverstanden.

Datum

Unterschrift des Antragstellers