

aufgenommen von: _____ Mitgliedsnummer: _____

KLAGE-ERHEBUNGSBOGEN BERUFSUNFÄHIGKEITS- UND INVALIDITÄTSPENSION REHABILITATIONSGELD

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____
(zur Weitergabe an das Gericht wegen allfälliger Terminvereinbarung)

Bescheid vom _____ zugestellt am _____

Zustimmungserklärung:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine in diesem Erhebungsbogen angeführten Daten intern verarbeitet werden und diese im Falle der Erteilung eines Vertretungsauftrages an die zuständigen Sozialversicherungsträger sowie an das Gericht weitergeleitet werden. Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, nehme aber dabei zur Kenntnis, dass im Falle eines Widerrufs eine weitere Vertretung durch die KOBV-Sozialrechtsabteilung nicht möglich ist.

(Datum und Unterschrift)

An welchen Krankheiten leiden Sie:

Erforderliche SV Gutachten:

Interne Medizin
Neurologie/Psychiatrie
Orthopädie/Chirurgie
Lungenheilkunde
HNO
Gynäkologie
Augenheilkunde

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Rheumatologie
Urologie
Dermatologie
Psycho/Arbeitstest
Berufskunde
BQT

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Verfügen Sie über einen Lehrabschluss (ein positives Lehrabschlussprüfungszeugnis?)

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, über welchen: _____

Haben Sie diesen Lehrberuf in den letzten 15 Jahren überwiegend (dh 7,5 Jahre) ausgeübt?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie in den letzten 15 Jahren eine Tätigkeit ausgeübt, die einem Lehrberuf entspricht?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Besteht ein aufrechtes Dienstverhältnis? ja ☐ nein ☐

Das letzte Dienstverhältnis ist gelöst seit? _____

Letzte kollektivvertragliche Einstufung: _____

Letztes Brutto Gehalt: _____

Ihre Tätigkeit in den letzten 15 Jahren (unbedingt vollständig ausfüllen, eine Bearbeitung ist ansonsten NICHT möglich; Angaben im Versicherungsdatenauszug NICHT ausreichend)

Name der Dienstgeber + Anschrift	Dauer des Dienstverhältnisses (von - bis)	ausgeübte Tätigkeit (zB Kellner, Maurer, Reinigungskraft, Bauhilfsarbeiter, Regalbetreuer)

NUR FÜR PENSIONSWERBER AB DEM 60. LEBENSJAHR:

Haben Sie **in den letzten 15 Jahren vor** dem Pensionsantrag 10 Jahre (120 Beitragsmonate) eine gleich/ähnliche Tätigkeit verrichtet? ja ☐ nein ☐

Bestätigung über Klagseinbringung für Arbeitsmarktservice erforderlich:
ja ☐ nein ☐

Dolmetscher erforderlich: ja ☐ nein ☐

Muttersprache: _____

Folgende Unterlagen bitte beilegen wenn vorhanden:

- **Befunde zum Gesundheitszustand (nicht älter als 1 Jahr, in Kopie)**
- **Lehrabschlusszeugnis (in Kopie)**
- **Dienstzeugnisse/Dienstgeberbestätigungen (in Kopie)**
- **Versicherungszeitenauszug der ÖGK oder PVA**
- **Bei Vorverfahren bei Gericht - wenn nicht durch KOBV vertreten - Gutachten/Urteil/Tonbandprotokoll (in Kopie)**

Anmerkungen: