

ZUNAME Vorname: _____

Personalnummer: _____

Organisationseinheit: _____

An die
Österreichische Post AG

Personalamt _____

Anschrift _____

Postleitzahl Ort _____

Ort , Datum

Betreff: Ansuchen um Versetzung in den Ruhestand aus Gesundheitsgründen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Auf Grund meiner gesundheitlichen Verfassung sehe ich mich nicht mehr in der Lage meine dienstlichen Aufgaben zu erfüllen. Ich ersuche daher um Versetzung in den Ruhestand gemäß § 14 BDG 1979.

Die mir zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen (Befunde, ärztliche Bestätigungen, Gutachten) sind in Kopie angeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

ERHEBUNGSBOGEN

Dieser Erhebungsbogen ist vom dem/der Antragsteller/In auszufüllen.

Versicherungsnummer: □□□□ - □□□□□□

Name:

1. Wegen welcher Leiden halten Sie sich für dienstunfähig ?

(Möglichst genaue Bezeichnung)

.....
.....
.....
.....

2. Seit wann halten Sie sich für dienstunfähig ?

Seit

3. Sind Sie im Krankenstand ?

JA NEIN

Wenn JA, seit wann ?

4. Wurden Ihnen Maßnahmen der Rehabilitation gewährt ?

JA NEIN

Wenn JA, für welche Zeit ?

5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers in einer Kuranstalt oder in einem Rehabilitationszentrum ?

JA NEIN

Wenn JA, wann und wo ?

6. Hatten Sie in den letzten drei Jahren Krankenhausaufenthalt(e) ?

JA NEIN

Wenn JA, wann und wo ?

(Bitte legen Sie vorhandene Befunde bei)

.....
.....

7. Ist die Dienstunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen ? JA NEIN TEILWEISE

Wenn JA, wann war der Unfall ?

Handelte es sich um einen Dienstunfall ?

JA NEIN

8. Überwiegende Tätigkeit:

Beschreiben Sie bitte die Arbeitsplatzanforderungen Ihrer überwiegenden Tätigkeit unter Beantwortung folgender Fragen:

	ständig	überwiegend	fallweise	nicht
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leichtes Heben (bis 10 kg) oder Tragen (bis 5 kg)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelschweres Heben (bis 25 kg) oder Tragen (bis 15 kg)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schweres Heben (über 25 kg) oder Tragen (über 15 kg)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in geschlossenen Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter starker Lärmeinwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten an Maschinen oder Geräten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höhenexponiert (z.B. auf Leitern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dienstbedingtes Lenken eines KFZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshaltungen				
überkopf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorgebeugt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hockend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere (.....)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition gegenüber				
Kälte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hautreizenden Substanzen (welche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reizenden Gasen bzw. Dämpfen (welche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feinmanipulative Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grobmanipulative Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmtätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in unmittelbarem Kontakt mit Menschen (z.B. Kundenbetreuung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter besonderem Zeitdruck (z.B. Terminarbeit, Akkord) (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacharbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dienstplan: Normaldienstplan
 besonderer Dienstplan

Aufsicht über Mitarbeiter ja Anzahl nein

9. Besondere, auf den Dienst bezogene Anforderungen an

das Sehvermögen JA NEIN
Grund:

das Hörvermögen JA NEIN
Grund:

das Sprechvermögen JA NEIN
Grund:

die psychische Belastbarkeit JA NEIN
Grund:

10. Weitere Besonderheiten Ihrer Tätigkeit:

.....

.....

11. Sind bei Ihnen Diätmaßnahmen erforderlich ? JA NEIN
Wenn JA, welche ?

12. Erreichbarkeit:

Ich bin in nächster Zeit an folgender Adresse:

.....

unter der Tel.Nr: erreichbar.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Beilagen:

Ausländische Versicherungszeiten

Name _____ SVNR (PKZ) _____ Personalnummer _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

1. Ich habe ausländische Versicherungszeiten erworben:

ja

nein

Wenn ja:

von _____ – bis _____ in _____ als _____

von _____ – bis _____ in _____ als _____

von _____ – bis _____ in _____ als _____

von _____ – bis _____ in _____ als _____

2. Mein Antrag auf Ruhestandsversetzung vom _____ gemäß § ____ BDG 1979 iVm _____ gilt gleichzeitig als Antrag auf

Altersrente

Rente wegen „Berufs- und Erwerbsunfähigkeit“, „Invalidität“
für das zwischenstaatliche Verfahren.

3. Nach meiner Pragmatisierung am _____ habe ich folgende Versicherungszeiten im **Inland** erworben:

von _____ – bis _____ als _____ versichert bei ASVG , GSVG , BSVG , FSVG

von _____ – bis _____ als _____ versichert bei ASVG , GSVG , BSVG , FSVG

4. Ich möchte den Antrag für das zwischenstaatliche Verfahren zu einem anderen Zeitpunkt (später) stellen, weiß aber nicht wann und ersuche daher um Bekanntgabe, zu welchem Zeitpunkt ein **Antrag auf Altersrente** für die in _____ erworbenen Versicherungszeiten gestellt werden kann.

5. Das Verfahren auf Ruhestandsversetzung gemäß § 14 BDG 1979 wurde von Amts wegen am _____ eingeleitet.

ja

nein

6. Ich beantrage **nur eine mitgliedstaatliche Rente wegen „Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit“ oder „Invalidität“** (ist kein Antrag gemäß § 14 BDG 1979).

ja

nein

Ort und Datum

Unterschrift