



**3. Kranken- und Pflegeversicherung:**

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer:        | | | | | | | | | | | | | | | | |  
*(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)*

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja

nein

**Hinweis:** *Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.*

**4. Hiermit beantrage ich die Anrechnung der Kinderbetreuungszeiten:**

ja

nein

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** *Die Anrechnung erfolgt nur, wenn das Kind nach dem 30.06.1983 (bzw. nach dem 31.12.1985 für Schleswig-Holstein) geboren wurde und die Kinderbetreuungszeit innerhalb der Mitgliedschaft liegt.*

**5. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja

nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?**

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?**

ja, am \_\_\_\_\_  nein

**8. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

**9. Aufgrund welcher Krankheit fühlen Sie sich berufsunfähig?**

*Haupterkrankung:* \_\_\_\_\_

*sonstige Diagnosen:*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

*(Bitte Bericht des behandelnden Arztes beifügen)*

**10. Seit wann haben Sie Ihre gesamte tierärztliche Tätigkeit eingestellt bzw. seit wann haben Sie keine Einnahmen aus Ihrer Tätigkeit als Tierarzt?**

\_\_\_\_\_

*(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)*

