

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 während der Mitgliedschaft und nach dem 30.06.1983 (bzw. nach dem 31.12.1985 für Schleswig-Holstein) geboren wurde.

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)

11. Ist die zum Rentenantrag führende Erkrankung ganz oder teilweise schuldhaft durch andere Personen verursacht worden?

ja

nein

Wenn ja, bitte Unterlagen zum Anspruch auf Schadenersatz einreichen.

12. Bankverbindung

IBAN: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| (22 Stellen)

BIC: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| (8 oder 11 Stellen)

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

13. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

14. Erforderliche Unterlagen:

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **Einwilligungserklärung**
- **aktueller** Nachweis Ihrer privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)
- Nachweis über die Einstellung der tierärztlichen Tätigkeit
- Bericht des behandelnden Arztes

für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder

Abtretung von Schadenersatzansprüchen

Ich trete alle Ansprüche auf Schadenersatz gegen einen Dritten an die Tierärzteesversorgung Niedersachsen ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Tierärzteesversorgung Niedersachsen gewährt werden.

Ich erkläre, dass der Rentenantrag auch als Antrag bei jedem anderen beteiligten Versorgungswerk zu werten ist.

Diese Erklärung ist ein Bestandteil meines Antrages. Ich habe alle Angaben persönlich gemacht und nichts verschwiegen.

Datum

Unterschrift