

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

**Tierärzteversorgung Niedersachsen**  
**Gutenberghof 7**  
**30159 Hannover**

## **Antrag auf Waisenrente**

### **1. Personalien des verstorbenen Mitgliedes**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

### **2. Personalien der Waise**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **3. Antragsstellung durch andere Personen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter     Vormund     Betreuer     Bevollmächtigter

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **4. Todesursache**

natürlicher Tod     Tod durch Selbsttötung\*

Wurde der Tod des verstorbenen Mitgliedes durch Unfall\* oder schuldhaft durch andere Personen\* verursacht?

ja     nein





### 13. Erforderliche Unterlagen:

- Sterbeurkunde des Elternteils (bei Vollwaisen Sterbeurkunde beider Elternteile)
- **aktueller** Nachweis über die private Krankenversicherung
- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- Nachweise für Pflegeversicherung/Kinderbetreuungszeiten (Geburtsurkunden der Kinder in Kopie)

#### **Für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr:**

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung oder ärztliches Attest

### **Abtretung von Schadenersatzansprüchen**

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

### **Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich willige ein, dass die Tierärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenanspruches erforderlichen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen der/des Verstorbenen von den Ärzten und Einrichtungen, die sie/ihn behandelt haben oder die aus den Unterlagen ersichtlich sind, anfordern kann. Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(volljährige Waise)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte(r)) bei minderjährigen Waisen