

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

Wenn ja, ist hieraus ein Anspruch auf Schadenersatz entstanden?

ja (*bitte Unterlagen einreichen*) nein

*Name, Anschrift und Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft:

5. **Beantragen Sie für Ihren verstorbenen Elternteil die Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung:** ja nein

Wenn ja, bitte Antrag auf Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung ausfüllen. (Nur möglich für Zeiten ab Mitgliedschaftsbeginn und für Kinder, die nach dem 30.06.1983 [bzw. nach dem 31.12.1985 für Schleswig-Holstein] geboren sind.)

6. **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.

7. **War Ihr verstorbener Elternteil Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

8. Hat Ihr verstorbener Elternteil 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 _____

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

ja, am _____

nein

10. Bezog Ihr verstorbener Elternteil von einem der unter Punkt 6 bzw. unter Punkt 7 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

ja, ab _____

nein

Art der Leistung: _____

11. Bankverbindung

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

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

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

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

Identifikationsnummer |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

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