

Mitgliedsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Tierärzteversorgung Niedersachsen  
Gutenberghof 7  
30159 Hannover**

**Antrag auf Altersrente**

- ab Regelaltersgrenze
- Rentenbeginn ab \_\_\_\_\_
- Altersteilrente  30 %  50 %  70 %

ab \_\_\_\_\_

**I. Personalien**

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

Name, Vorname des Ehepartners/  
eingetragenen Lebenspartners: \_\_\_\_\_

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

**2. Name der zuschussberechtigten Kinder (Kinderzuschuss)**

bis zum 18. Lebensjahr

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

vom 18. bis zum 27. Lebensjahr

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**11. Erforderliche Unterlagen:**

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **aktueller** Nachweis Ihrer privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)

**für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr**

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift