

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

**Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover**

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

1. 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

Name der privaten Krankenkassenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Meine 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: _____

Ggf. Sterbedatum: _____

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

Ggf. Sterbedatum: _____

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 _____

Name des Rentenversicherungsträgers _____

Anschrift: _____

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 _____

Name des Rentenversicherungsträgers _____

Anschrift: _____

7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenanspruch 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)

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.

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.

Ich ermächtige das Versorgungswerk, Versorgungsleistungen, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, von meinem Konto zurückzurufen.

Datum

Unterschrift