

Mitgliedsnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Witwen-/Witwerrente

1. Personalien des verstorbenen Mitgliedes

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsort: _____
Geburtsdatum: _____ Todestag: _____

2. Personalien der Witwe/des Witwers/des eingetragenen Lebenspartners

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Tag der Eheschließung: _____
Geburtsdatum: _____ Tag der Begründung der
Lebenspartnerschaft: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

3. 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:

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Meine Rentenversicherungsnummer: | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?

ja

nein

Hinweis: Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

5. Beantragen Sie für den verstorbenen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner die Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung:

(Nur möglich, wenn nicht bereits eine Rente geleistet wird)

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.

6. War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

7. Hat Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner 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: _____

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

ja, am _____ nein

9. Bezog Ihr verstorbener Ehepartner/verstorbener eingetragener Lebenspartner von einem der unter Punkt 6 bzw. unter Punkt 7 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

ja, ab _____ nein

Art der Leistung: _____

