Mitgliedsnummer _____

Ärzteversorgung 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. War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner vor der Ehe mit Ihnen schon einmal verheiratet: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, Anschrift - ggf. Sterbeurkunde - des früheren Ehepartners

Name :_____

Anschrift:_____

War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner dem früheren Ehepartner gegenüber unterhaltspflichtig: ☐ ja ☐ nein

4. Nur vom früheren Ehepartner auszufüllen:

War Ihre Ehe geschieden: ☐ ja ☐ nein

Seit wann: _____

War Ihr früherer Ehepartner Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig: ☐ ja ☐ nein

5. 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:

_____

_____

6. Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung
*(bitte **aktuellen** Nachweis beifügen)*

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

Hinweis: *Nur möglich, wenn nicht bereits eine Rente geleistet wird.*

Wenn ja, bitte Antrag auf Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung ausfüllen (nur möglich für Zeiten ab Mitgliedschaftsbeginn).

Sind Sie Mitglied der **Ärzteversorgung Niedersachsen:** ☐ ja ☐ nein

Ihre Mitgliedsnummer: _____

Wurden von Ihnen während Ihrer Mitgliedschaft in der
Ärzteversorgung Niedersachsen Kinderbetreuungszeiten beantragt: ☐ ja ☐ nein

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

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

_____

9. 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 _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

_____

10. Wurde bei einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?

☐ ja, am _____ ☐ nein

11. Bezog Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner von einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

☐ ja, ab _____ ☐ nein

Art der Leistung: _____

12. Bankverbindung

IBAN:|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

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

Identifikationsnummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

14. Erforderliche Unterlagen:

- Sterbeurkunde Ihres Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners (Kopie)
- **aktueller** Nachweis über die private Krankenversicherung
- Heiratsurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde (Kopie)
- Nachweise für Pflegeversicherung/Kinderbetreuungszeiten (Geburtsurkunden der Kinder in Kopie)

Abtretung von Schadenersatzansprüchen

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

Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich willige ein, dass die Ärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenantrages 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 (Witwe/Witwer/eingetragener Lebenspartner)

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevn.de