

Mitgliedsnummer _____

Ärzteversorgung 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:

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

ja nein

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

ggf. Sterbedatum: _____

Hinweis: *Anrechnung nur möglich, wenn die Kinderbetreuungszeit in der Mitgliedschaft liegt.*

6. Kranken- und Pflegeversicherung

a) Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

b) 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 (Bitte Nachweise beifügen) nein

Hinweis: *Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.*

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)
- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- Nachweise für Pflegeversicherung/Kinderbetreuungszeiten (Geburtsurkunden der Kinder in Kopie)

Für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr:

- Ausbildungs-, Immatrikulations- oder Schulbescheinigung
- Nachweis über das Vorliegen der Gebrechlichkeit bei Vollendung des 18. Lebensjahres (ärztl. Unterlagen, Schwerbehindertenausweis)

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

(volljährige Waise)

Datum

(Erziehungsberechtigte(r)) bei minderjährigen Waisen

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevn.de