



**Versorgungswerk der
Tierärztekammer Nordrhein
Benrather Straße 8
40213 Düsseldorf**

Bitte senden Sie das gesamte
Formular postalisch oder per Fax an:
0211 13902-890
oder per E-Mail an:
info@vtnr.de

Antrag auf

Altersrente

vorgezogene Altersrente, gewünschter Rentenbeginn ab _____

aufgeschobene Altersrente, gewünschter Rentenbeginn ab _____

1. Angaben zur Person

Name, Vorname				

Geburtsname				

Geschlecht				Geburtsdatum
männlich weiblich divers ohne Eintrag				_____
Straße, Hausnummer				

Postleitzahl, Wohnort				

Telefon				

Familienstand				
ledig verwitwet geschieden verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft				
Name, Vorname des Ehepartners				Geburtsdatum Ehepartner
_____				_____
Haben/Hatten Sie Kinder?				
Ja Nein Wenn Ja, bitte Nachweis beifügen.				
Mitgliedsnummer			Steuer-Identifikationsnummer	
_____			_____	

Informationen zu unserem Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren diesbezüglichen Rechten stehen Ihnen auf unserer Internetseite www.vtnr.de/datenschutz zur Verfügung. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne zu.



2. Kranken- und Pflegeversicherung

Hierdurch erkläre ich, dass ich bei folgender Krankenkasse krankenversichert bin:

gesetzliche Krankenkasse (gesetzliche Krankenkassen sind:
AOK, BKK, LKK, Ersatzkassen, Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

Name der Krankenkasse

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ihre Sozialversicherungsnummer

bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung

weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

3. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem der EU-Mitgliedsstaaten gezahlt?

Ja Nein Wenn Ja, bitte Zeitraum/Zeiträume und Versicherungsträger angeben.

Zeitraum

_____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Name des Rentenversicherungsträgers

Mitgliedsstaat

Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Zeitraum

_____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Name des Rentenversicherungsträgers

Mitgliedsstaat

Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Zeitraum

_____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Name des Rentenversicherungsträgers

Mitgliedsstaat

Anschrift des Rentenversicherungsträgers



4. Hatten Sie nach Vollendung des 15. Lebensjahres einen Wohnsitz im europäischen Ausland?

Ja Nein Wenn Ja, bitte Zeitraum/Zeiträume und Versicherungsträger angeben.

Zeitraum

_____ bis _____

Name des Rentenversicherungsträgers

Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Mitgliedsstaat

Zeitraum

_____ bis _____

Name des Rentenversicherungsträgers

Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Mitgliedsstaat

5. Ich bitte Sie, die Rente auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber

Bank

Ort

IBAN

6. Sonstige Mitteilungen

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift