



**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](mailto:info@vtnr.de)

## Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

### 1. Angaben zur Person

<b>Name, Vorname</b>				
_____				
<b>Geburtsname</b>				
_____				
				<b>Geburtsdatum</b>
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	divers	ohne Eintrag
_____				
<b>Straße, Hausnummer</b>				
_____				
<b>Postleitzahl, Wohnort</b>				
_____				
<b>Telefon</b>				
_____				
<b>Familienstand</b>	ledig	verwitwet	geschieden	verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
<b>Name, Vorname des Ehepartners</b>				<b>Geburtsdatum Ehepartner</b>
_____				
<b>Haben/Hatten Sie Kinder?</b>	Ja	Nein	Wenn Ja, bitte Nachweis beifügen.	
<b>Mitgliedsnummer</b>				<b>Steuer-Identifikationsnummer</b>
_____				

Informationen zu unserem Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren diesbezüglichen Rechten stehen Ihnen auf unserer Internetseite [www.vtnr.de/datenschutz](http://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. Sind/Waren Sie Mitglied in einem anderen inländischen Versorgungswerk?

Ja      Nein      Wenn Ja, bitte ausfüllen.

**Zeitraum**

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Versicherungs-/Mitgliedsnummer**

\_\_\_\_\_

**Name des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_

**Anschrift des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_

**Zeitraum**

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Versicherungs-/Mitgliedsnummer**

\_\_\_\_\_

**Name des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_

**Anschrift des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_

**Zeitraum**

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Versicherungs-/Mitgliedsnummer**

\_\_\_\_\_

**Name des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_

**Anschrift des Rentenversicherungsträgers**

\_\_\_\_\_



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

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. 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**

\_\_\_\_\_



## 6. Schadensersatzansprüche

**Stehen Ihnen neben unserem Berufsunfähigkeitsrentenanspruch Leistungen von dritter Seite zu?**  
(z. B.: Unfallrente, Schadensersatzanspruch gegenüber einem anderen Versicherungsträger)

Ja      Nein      Wenn Ja, bitte Anschrift des Leistungsträgers und das Aktenzeichen angeben.

**Name der Leistungsträgers**

**Aktenzeichen**

.....

.....

**Anschrift des Leistungsträgers**

.....

**Name der Leistungsträgers**

**Aktenzeichen**

.....

.....

**Anschrift des Leistungsträgers**

.....

## 7. 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