



**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 Witwen-/Witwerrente Halb-/Vollwaisenrente
Rente im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

1. Angaben zur verstorbenen Person

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Sterbedatum

Mitgliedsnummer der/des Verstorbenen

Angaben zur hinterbliebenen Person

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Steuer-Identifikationsnummer

**Haben/Hatten
Sie Kinder?**

Ja

Nein

Wenn Ja, bitte Nachweis beifügen.



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. Hat die verstorbene Person 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. Hatte die verstorbene Person 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

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. Erforderliche Unterlagen

a) Sterbeurkunde

b) eigene Geburtsurkunde

c) Heiratsurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde

- d) bei ehelichen Kindern:** • Geburtsurkunde
- bei Adoptiv- und Stiefkindern:** • Nachweis der Unterhaltsansprüche gegen den Versorgungsberechtigten
- bei nicht ehelichen Kindern:** • Abstammungsurkunde oder
• Nachweis über Anerkennung der Vaterschaft oder
• Vorlage eines rechtskräftigen Status- oder Unterhaltsurteils

7. Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Name, Vorname

.....

Straße, Hausnummer

.....

Postleitzahl, Wohnort

.....

Telefon

.....

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

8. Sonstige Mitteilungen

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift