

Mitgliedsnummer _____

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
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:** ja nein

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

Wenn ja, bitte Antrag auf Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung ausfüllen.

6. **Kranken- und Pflegeversicherung**

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

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. **War Ihr verstorbener Elternteil Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

13. Erforderliche Unterlagen:

- Sterbeurkunde des Elternteils (bei Vollwaisen Sterbeurkunde beider Elternteile)
- **aktueller** Nachweis über die private Krankenversicherung
- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- Nachweise für Pflegeversicherung/Kinderbetreuungszeiten (Geburtsurkunden der Kinder in Kopie)

Für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr:

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung oder ärztliches Attest

Abtretung von Schadenersatzansprüchen

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

Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich willige ein, dass die Ärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenanspruches 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