

Mitgliedsnummer _____

Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
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

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 Sachsen-Anhalt ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt 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