

Antrag auf Hinterbliebenenrente

Mitgliedsnummer:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

I. ANGABEN ZUM VERSTORBENEN MITGLIED:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

letzte Anschrift: _____

Sterbedatum:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Todesursache: _____

Das verstorbene Mitglied

war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und hat sich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten.

hat Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, des EWR oder der Schweiz eingezahlt.
Es ist bekannt, dass der Antrag europaweite Wirkung entfaltet, Art. 50 Abs. 1 VO (EG) 883/2004, mit der Folge, dass in allen zu beteiligenden Mitgliedstaaten das Renteneinweisungsverfahren mit demselben Antragsverfahren eingeleitet wird.

Diese Wirkung wird ausdrücklich eingeschränkt und beantragt, die Feststellung der nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedsstaaten erworbenen Ansprüche auf Leistung bei Alter aufzuschieben.

Dies gilt für folgende konkrete Mitgliedsstaaten: _____

Falls die europaweite Wirkung nicht eingeschränkt wird, sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen anzugeben.

Anzugeben sind ferner die entsprechenden Zeiten, der Versicherungsträger, der Staat sowie das dortige Aktenzeichen.

Soweit zusätzlich zu den Auslandszeiten Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt wurden, bitten wir ebenfalls um Angabe. Bitte nutzen Sie für die Angaben ein gesondertes Blatt.

II. ANGABEN ZUR ANTRAGSTELLERIN / ZUM ANTRAGSTELLER

(Witwe / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerin / hinterbliebener Lebenspartner /
Waise):

Name: _____

Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Geburtsdatum:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Anschrift: _____

Telefon: _____

Steuerliche Identifikationsnum-

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

mer:

Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß § 22a EStG Rentenbezüge der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden haben. Den Leistungsempfänger hat der Gesetzgeber verpflichtet, seine Identifikationsnummer mitzuteilen (§§ 22a Abs. 3 EStG).

**III. Angaben zur Antragstellenden Person
(soweit II nicht einschlägig)**

Der Antrag wird gestellt in meiner Eigenschaft als

gesetzliche/r Vertreter/in Vormund Betreuer/in Bevollmächtigte/r

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

IV. ANGABEN ZUM KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS:

1. Sind Sie gesetzlich kranken- und pflegeversichert?

ja nein

Wenn ja:

Name und Anschrift Ihrer Kranken-/Pflegekasse:

Sozialversicherungsnummer:

Wir sind gemäß § 202 SGB V verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis unserer Rentenbezieher zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. § 50 SGB XI haben Rentenempfänger Ihre Kranken-/Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.

2. Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

ja nein

3. Haben Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja: Wie viele Kinder unter 25 Jahren? _____

Die Geburtsurkunde/n des Kindes / sämtlicher Kinder füge ich bei.

Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken-/Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk der Beitragsabzug vorzunehmen!

V. ANGABEN ZU KINDERN DES VERSTORBENEN MITGLIEDS:

1. Sind Kinder* vorhanden, die beim Tode des Mitglieds das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten?

ja nein

Wenn ja:

Name, Geburtsdatum und Anschrift des / der Kindes / Kinder:

Steuerliche Identifikationsnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Sind Kinder* vorhanden, die bereits das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 27. Lebensjahr vollendet haben und sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung befinden?

ja nein

Wenn ja:

Name, Geburtsdatum und Anschrift des / der Kindes / Kinder:

Steuerliche Identifikationsnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Sind Kinder* vorhanden, die bereits das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 27. Lebensjahr vollendet haben und infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten?

ja nein

Wenn ja:

Name, Geburtsdatum und Anschrift des / der Kindes / Kinder:

Steuerliche Identifikationsnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*** Kinder sind Kinder im Sinne des Gesetzes. Ausgenommen sind angenommene Kinder, soweit die Adoption nach Vollendung des 55. Lebensjahres des Mitglieds erfolgte.**

VI. ANGABEN ZU SCHADENSERSATZANSPRÜCHEN:

Bestehen bezüglich des Todes des verstorbenen Mitgliedes Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z.B. aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?

ja nein

Wenn ja:

Name und Anschrift des / der Dritten:

- VII.** Die Witwen(r)rente / Rente für hinterbliebene(n) Lebenspartner(in) und / oder die Waisenrente für minderjährige Kinder soll / sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

X. VOLLMACHT:

Ich bevollmächtige hiermit das

Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin
Walter-Benjamin-Platz 6
10629 Berlin,

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind.

Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen. § 118 Abs. 3 bis 4a SGB VI gilt entsprechend.

XI. EINZUREICHENDE UNTERLAGEN

Im Original oder in beglaubigter Kopie werden beigelegt:

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Sterbeurkunde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Heiratsurkunde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Lebenspartnerschaftsurkunde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

Zu III.

Betreuerausweis, Bestallungsurkunde, Generalvollmacht etc. ja nein wird nachgereicht

Zu V.1.

Geburtsurkunde(n) und amtl. Lebensbescheinigung(en) ja nein wird nachgereicht

Zu V. 2.

Geburtsurkunde(n) und Schul- oder Ausbildungsnachweis(e) bzw. Semesterbescheinigung(en) ggf. auch Nachweis(e) über Wehr- / Zivildienst für entsprechende Anspruchszeiträume über das 27. Lebensjahr hinaus ja nein wird nachgereicht

Zu V.3.

Geburtsurkunde(n) und aml. Lebensbescheinigung(en)
und ärztliches Attest

ja nein wird nachgereicht

VII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des / der Antragstellers/in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des / der Vertreters/in des / der Antragstellers/in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des / der mit der Abwicklung des Sterbefalls Beauftragten)