

# Antrag auf Hinterbliebenenrente

Mitgliedsnummer:

## I. ANGABEN ZUM VERSTORBENEN MITGLIED:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

letzte Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sterbedatum:

Todesursache: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. ANGABEN ZUR ANTRAGSTELLERIN / ZUM ANTRAGSTELLER

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

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Steuerliche Identifikationsnummer:

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

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:

---

---

---



**IX.** Sofern keine rentenberechtigten Hinterbliebenen vorhanden sind:

Teilen Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten sowie Ihr Verwandtschaftsverhältnis bzw. Ihre Funktion mit:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis / Funktion: \_\_\_\_\_

**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 beigefügt:

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, Bestattungsurkunde, 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 amtl. 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)