

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
Zutreffendes bitte ankreuzen		x
		oder ausfüllen

Antrag
auf Gewährung von Witwen(r)-/Waisenversorgung nach dem III. Teil des
Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) in entsprechender Anwendung des
Bundesversorgungsgesetzes (BVG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Hinterbliebenenversorgung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und die/den Verstorbene(n) benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen nach dem SVG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

1	Angaben zur Person des/der Verstorbenen	
1.1	Name:	Vornamen:
	Geburtsdatum:	Geburtsort (Kreis):
	Staatsangehörigkeit:	Todestag:
	Todesort:	Todesursache:
	Wenn im Krankenhaus verstorben, dessen genaue Anschrift:	
	Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)	
1.2	Bezog der/die Verstorbene Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen oder war er/sie als Beschädigter nach dem SVG anerkannt?	
	<input type="checkbox"/> ja, von (Behörde)	Geschäftszeichen:
	Die Fragen zu Ziffer 2 brauchen Sie nicht zu beantworten!	
	<input type="checkbox"/> nein. Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen zu Ziffer 2	
2	Angaben zum Wehrdienst und zum schädigenden Ereignis	
2.1	Ist der Tod durch den Wehrdienst eingetreten?	
	<input type="checkbox"/> nein	Welche Umstände waren Ursache für den Tod?
	<input type="checkbox"/> ja	

	Wann und zu welchem Truppenteil erfolgte die Einberufung?	Von welchem Kreiswehersatzamt?		
	Wie lautete die PK-Nr. (Personenkennziffer)?			
	In welchen Einheiten wurde Dienst geleistet?			
	von	bis	Truppenteil	Waffengattung
				Standort
	War der/die Verstorbene		<input type="checkbox"/> Berufssoldat? <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit?	<input type="checkbox"/> Wehrpflichtiger? <input type="checkbox"/> Wehrübender?
2.2	Weitere Angaben, falls der Ehegatte verschollen ist			
	Ist der Verschollene für tot erklärt worden? (ggf. bitte Beschluss des Amtsgerichts beifügen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> entfällt			
2.3	Bei welcher Einheit ist das schädigende Ereignis eingetreten?			
	Zeugen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(Name, Anschrift) _____		
	Ist ein WDB-Blatt angelegt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Handelt es sich um einen Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Von welcher Polizeidienststelle bzw. welchem Feldjägerkommando wurden bereits Ermittlungen durchgeführt? _____		
		Aktenzeichen:		
	Ist die Schädigung durch eine Privatperson verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie lautet die Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers? _____		
		Aktenzeichen:		
	Wird der Antrag schon bearbeitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(Dienststelle der Wehrbereichsverwaltung) _____		
		Aktenzeichen:		
3	Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers			
3.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -		Vornamen	
	Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis):		Staatsangehörigkeit:
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt			seit

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)	
Straße, Hausnummer		Telefon-Nr.:	
PLZ	Wohnort		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: - ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -	Name		Vorname
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	
3.2	Eheschließung mit dem Verstorbenen (bitte Heiratsurkunde beifügen)	(Ort/Datum)	
War die Ehe mit dem Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte gerichtliches Urteil beifügen) War der Verstorbene zur Unterhaltsleistung verpflichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise - ggf. gerichtliches Unterhaltsurteil - beifügen) Hat der Verstorbene im letzten Jahr vor dem Tode Unterhalt geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen)			
Angaben zu weiteren Eheschließungen			
Haben Sie nach der Ehe mit dem Verstorbenen wieder geheiratet?			
3.3	<input type="checkbox"/> nein	(die weiteren Fragen zu 3.3 brauchen Sie nicht zu beantworten)	
	<input type="checkbox"/> ja	(Datum)	(Name des Ehepartners)
	Ist diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am (bitte gerichtliches Urteil und Nachweise über den Unterhaltsanspruch beifügen)		
Ist der (2.) Ehepartner verstorben?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am..... in..... Todesursache: (bitte Sterbeurkunde beifügen)		
Erhalten Sie nach dem 2. Ehepartner Witwen(r)rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfall-versicherung oder Witwengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder ähnliches oder haben Sie solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: Geschäftszeichen: Monatsbetrag:		
Erhalten Sie nach dem 2. Ehepartner Leistungen von berufsständischen Organisationen, Werkszuwendungen, Firmenunterstützungen oder ähnliches oder haben Sie solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: Geschäftszeichen: Monatsbetrag:		

	Ist Ihnen anstelle der vorgenannten Leistungen eine Kapitalentschädigung gewährt worden oder ist eine zu Ihren Gunsten abgeschlossene Lebensversicherung fällig geworden?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: Geschäftszeichen: Betrag:	
3.4	Haben Sie auf Ansprüche oder Leistungen, die sich aus dieser (2.) Ehe herleiten, verzichtet?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, aus folgenden Gründen:	
3.4	Haben Sie außer mit dem/der Verstorbenen und dem unter 3.3 genannten Ehegatten weitere Ehen geschlossen:		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	am: mit:
		am: mit:	
4	Kinder des(r) Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird:		
	Name, Vornamen	Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes Statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind
	Familienstand		
	1.		
	2.		
	3.		
	Anschrift (bitte amtliche Meldebestätigung beifügen)		Falls über 18 Jahre: Wird eine Schul-, Berufsausbildung absolviert oder liegt Gebrechlichkeit vor?
	1.		
	2.		
	3.		
	Haben die Antragsteller bereits früher Versorgung beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim Versorgungsamt/LandschaftsverbandGeschäftszeichen		
	Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige des(r) Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder - auch nichteheliche - Witwe, geschiedene Ehefrau?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis)		
	Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach dem Verstorbenen?		
	<input type="checkbox"/> nein	Versorgungsamt/Landschaftsverband	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
5	Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen		
	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein	von (Versicherungsträger)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
	Beziehen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)?		
	<input type="checkbox"/> nein	von (Behörde)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein	bei	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von einer Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden?		
	<input type="checkbox"/> nein	Agentur für Arbeit: von bis	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		

6 Sonstige Angaben		
Soll die beantragte Leistung aus besonderen Gründen nach Möglichkeit schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig gewährt werden?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an		
(Kontoinhaber)		
Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SVG nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landschaftsverband in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten

- Ärztinnen/ Ärzten,
- Krankenanstalten/Krankenhäusern,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium),
- Trägern der Sozialversicherung,
- privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen,
- Behörden sowie
- Aufgabenträgern, die für Verfahren nach dem SGB XI (Schwerbehindertenrecht) zuständig sind,

sind die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ja Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über die Gesundheit des Verstorbenen, die dem Landschaftsverband mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, auch vom Landschaftsverband beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung und anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich füge folgende Unterlagen bei:

-
-
-

.....
(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Antragsteller(s) und/oder gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers)

