

| | | | | |
|---|------------------|------------------------------|---|----------------|
| 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 Bundesversorgungsgesetz (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 BVG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

| | | |
|----------|--|---------------------|
| 1 | Angaben zur Person des Verstorbenen | |
| 1.1 | Name: | Vornamen: |
| | Geburtsdatum: | Geburtsort (Kreis): |
| 1.2 | Anschrift am 01.09.1939: | |
| | Staatsangehörigkeit: | Todestag: |
| | Todesort: | Todesursache: |
| | Wenn im Krankenhaus verstorben, dessen genaue Anschrift: | |
| | Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen) | |
| | Bezog der/die Verstorbene Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen oder war er/sie als Kriegsbeschädigter anerkannt? | |
| | <input type="checkbox"/> ja, Behörde | Geschäftszeichen: |
| | Die Fragen zu Ziffer 1.3 brauchen Sie nicht zu beantworten! | |
| | <input type="checkbox"/> nein. Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen zu Ziffer 1.3 | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 1.3 | Ist der Tod durch militärischen oder militärähnlichen Dienst eingetreten? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | Welche Umstände waren Ursache für den Tod? | |
| | <input type="checkbox"/> ja | Dauer des militärischen oder militärähnlichen Dienstes: von | bis |
| | | Letzter Truppenteil oder militärischer Verband: | Feldpost-Nr. |
| | | Letzter Dienstgrad: | War der Verstorbene Berufssoldat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.4 | Weitere Angaben, falls der Ehegatte verschollen ist | | |
| | Ist der/die Verschollene für tot erklärt worden? (ggf. bitte Beschluss des Amtsgerichts beifügen) | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt |
| | Von welchem Tag ist die letzte Nachricht, die von ihm/ihr oder über ihn/sie eingetroffen ist? (bitte beifügen) | | |
| | Wann sind Nachforschungen beim Suchdienst des Roten Kreuzes eingestellt worden? | | |
| | Mit welchem Ergebnis? (bitte Antwortschreiben beifügen) | | |
| 2 Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers | | | |
| 2.1 | 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 | | |
| | Straße, Hausnummer | | Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig) |
| | PLZ | Wohnort | Telefon-Nr.: |
| | 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 |
| 2.2 | Eheschließung mit dem Verstorbenen (bitte Heiratsurkunde beifügen) | | (Ort/Datum) |
| | War die Ehe mit dem/der Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte gerichtliches Urteil beifügen) War der/die Verstorbene zur Unterhaltsleistung verpflichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise - ggf. gerichtliches Unterhaltsurteil - beifügen) Hat der/die Verstorbene im letzten Jahr vor dem Tode Unterhalt geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen) | | |

| | | | | |
|----------|--|--|---|---------------|
| 2.3 | Haben Sie nach der Ehe mit dem/der Verstorbenen wieder geheiratet? <input type="checkbox"/> nein (die weiteren Fragen zu 2.3 brauchen Sie nicht zu beantworten) <input type="checkbox"/> ja, am den (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 Unfallversicherung 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:..... | | |
| | 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: | | |
| 2.4 | Haben Sie außer mit dem/der Verstorbenen und dem unter 2.3 genannten Ehegatten weitere Ehen geschlossen: | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | am: | mit: |
| | | | am: | mit: |
| | | | am: | mit: |
| 3 | 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. | | | |
| | 4. | | | |

| | | | |
|----------|---|--|-----------------------|
| | Anschrift (bitte amtliche Meldebestätigung beifügen) | Falls über 18 Jahre: Wird eine Schul-, Berufsausbildung absolviert oder liegt Gebrechlichkeit vor? | |
| | 1. | | |
| | 2. | | |
| | 3. | | |
| | 4. | | |
| | Haben die Antragsteller bereits früher Versorgung beantragt? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim Versorgungsamt/Landschaftsverband.....Geschäftszeichen..... | | |
| | Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige des(r) Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder - auch nichteheliche – Witwe(r), geschiedener Ehepartner? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis) | | |
| | Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach dem/der Verstorbenen? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Versorgungsamt/Landschaftsverband | Aktenzeichen |
| 4 | Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen | | |
| | Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | von (Versicherungsträger) _____ | Aktenzeichen _____ |
| | Beziehen Sie Rente vom Landschaftsverband? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Landschaftsverband | Aktenzeichen |
| | Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | bei | Aktenzeichen |
| | Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von einer Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Agentur für Arbeit: von bis | Aktenzeichen |

| | | |
|---|--------------------------------------|--------------|
| 5 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 beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem BVG 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 IX (Schwerbehindertenrecht) zuständig sind

die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, 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)