

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47

14163 Berlin

Antrag auf Hinterbliebenenrente

Sehr geehrte(r) Rentenantragsteller(in). Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen und Unterlagen. Für den Fall, dass nicht alle Fragen beantwortet werden können, stehen wir Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite. Sie erreichen uns von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 – 16.30 Uhr und Freitag von 8.00 – 15.00 Uhr sowie nach Terminvereinbarung. Falls Sie den Rentenantrag in unseren Geschäftsräumen ausfüllen möchten, empfehlen wir Ihnen eine telefonische Voranmeldung.

Ihre Apothekerversorgung Niedersachsen

Personalien des verstorbenen Mitglieds		Mitgl.-Nr.:
Titel	_____	Geburtsdatum _____
Name	_____	Sterbedatum _____
Vorname	_____	

I. Personalien der Witwe / des Witwers	
Name	_____ Geburtsname _____
Vorname	_____ Geburtsdatum _____
Privatanschrift	_____
Telefon	_____
Datum der Eheschließung mit dem verstorbenen Mitglied _____	

II. Antragstellung durch andere Personen <small>Bitte Vollmacht oder Beschluss vom Vormundschaftsgericht beifügen.</small>			
Name	_____ Vorname _____		
Anschrift	_____		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Telefon	_____	Telefax	_____

III. Woran verstarb das Mitglied (Todesursache):

IV. Ist der Tod durch Unfall oder andere Personen verursacht worden?

ja

nein

Unfalltag: _____

V. Falls Frage IV mit „ja“ beantwortet wurde: Wie lauten ggf. deren Namen und Anschriften sowie die zuständige Polizeibehörde bzw. Staatsanwaltschaft?

VI. Sind frühere Ehegatten des Mitgliedes vorhanden, deren Ehe vor dem 01.07.1977 aufgelöst wurde und denen zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes Unterhalt nach den Vorschriften des Ehegesetzes oder aus sonstigen Gründen zu leisten war?

ja

nein

Wenn ja, wie lauten ggf. deren Namen und Anschriften:

VII. Sofern Punkt VI mit „ja“ beantwortet wurde: Wurden zwischen Scheidung und Todestag des Mitgliedes von der/dem Geschiedenen weitere Ehen geschlossen?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit wem (bitte vollständige Anschrift angeben):

VIII. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

Hat der Verstorbene Beiträge zu einem anderen **inländischen berufsständischen Versorgungswerk** entrichtet?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Akten- zeichen

Hat der Verstorbene Beiträge zu einem anderen **Staat der EU** (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) bzw. im **EWR** (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der **Schweiz** entrichtet?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Akten- zeichen

Hat sich der Verstorbene nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten (sogenannte Wohnzeiten) ohne Beschäftigung oder Tätigkeit: Dänemark, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

- nein
 ja (bitte diese Zeiten in der Tabelle eintragen)

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungs- nummer / Akten- zeichen

IX. Sind rentenberechtigte Waisen vorhanden? (Bitte Hinweis beachten)

- nein
 ja

Die erforderlichen Unterlagen für den Bezug einer Waisenrente je berechtigtes Kind sind beigefügt. Ich beantrage die Zahlung der Waisenrente für:

	Name des Kindes	Vorname	geboren am
1			
2			

Die Wehr- bzw. Zivildienstzeitbescheinigung für

- _____ liegt bei wird nachgereicht kein Wehr-/Zivildienst
_____ liegt bei wird nachgereicht kein Wehr-/Zivildienst

Bitte geben Sie uns die Anschriften und Geburtsdaten der volljährigen Waisen bekannt:

1 _____

2 _____

X. Auf welches Konto sollen die Witwen- / Witwerrente und ggf. die Waisenrenten für minderjährige Kinder überwiesen werden?

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldinstitut:

Kontoinhaber: selbst

Ort

Datum

Unterschrift Witwe(r) bzw. des
Personensorgeberechtigten

Bei Zahlungen auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!

XIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Bitte für jede rentenberechtigte Person ein Exemplar ausfüllen!
(also auch für ggf. vorhandene Waisen)

Die Apothekerversorgung Niedersachsen ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Eltern- und Erziehungspfänger zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. §§ 50, 55 SGB XI haben Sie als Versorgungsempfänger Ihre Kranken- und Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Wir weisen darauf hin, dass die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzumelden sind. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk, ggf. auch rückwirkend, ein Beitragsabzug vorzunehmen. Bei privater Krankenversicherung gilt § 193 Abs. 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) als Auskunftgrundlage. Bitte beantworten Sie uns daher die nachfolgenden Fragen:

Mein Name, Vorname: _____

Sind Sie krankenversichert? (Mehrfachantwort möglich)

- ja, ich bin gesetzlich krankenversichert
 ja, ich bin privat krankenversichert
 nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Bitte Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung, den Beginn Ihrer dortigen Mitgliedschaft sowie Ihre Mitgliedsnummer der Krankenkasse **und die Rentenversicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung Bund** angeben:

Kasse/Versicherung: _____ Mitglied seit: _____

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet:
(der Deutschen Rentenversicherung Bund)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - auch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Deutsche Rentenversicherung der Länder (ehemals Landesversicherungsanstalten), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)?

- ja, seit _____ von _____
 nein
 ist bzw. wird beantragt zum _____

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

- ja nein

Abklärung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung:
Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

- ja (**bitte Geburtsurkunde beifügen**) nein

Ich versichere, dass die im Rentenanspruchsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Das Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte für jede rentenberechtigte Person ein Exemplar ausfüllen!
(also auch für ggf. vorhandene Waisen)

Titel _____
Vorname _____
Name _____
Ggf. abweichender Kontoinhaber _____

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Rente gemäß Alterssicherungsordnung bis zum Ablauf des Sterbemonats* besteht, bevollmächtige ich hiermit die

**Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Straße 47
14163 Berlin (Zehlendorf)**

ggf. 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.

Ort Datum Unterschrift des **Kontoinhabers**

* gilt nicht bei
- Witwen-/Witwerrente bei Wiederverheiratung
- Waisenrente: vollendetes 27. Lebensjahr oder Ausbildungsende

Folgende Unterlagen werden für die Bearbeitung benötigt:

- Sterbeurkunde des Mitgliedes
- Heiratsurkunde der Witwe/des Witwers (sofern verheiratet)
- Nachweis über Unterhaltsvereinbarungen (Scheidungsurteil, Unterhaltstitel etc.)

Nur erforderlich, wenn anspruchsberechtigte Waisen vorhanden sind:

- Für **minderjährige** Waisen: Geburtsurkunde(n) und amtl. Lebensbescheinigung(en), z.B. Schulbescheinigung aktuellen Datums bzw. polizeiliche Meldebestätigung, wenn das Kind noch nicht zur Schule geht.
- Für **volljährige** Waisen: Geburtsurkunde(n) und Schul- oder Ausbildungsnachweis bzw. Semesterbescheinigung (ggf. auch Nachweis über Wehr-/Zivildienst für entsprechende Anspruchszeiträume über das 27. Lebensjahr hinaus), grundsätzlich ist die Zivil- oder Wehrdienstzeitbescheinigung erforderlich!
- Aktuelle Unterhaltsnachweise (Kontoauszug)
- Für körperlich oder geistig **behinderte** Waisen: Geburtsurkunde(n) und amtliche Lebensbescheinigung(en) und ärztliches Attest
- Betreuerausweis, Bestallungsurkunde, Generalvollmacht etc.

Gliederung:

1. Leistungszeitraum
2. Anspruchsberechtigte Kinder
3. Antragsfrist
4. Höhe der Vollwaisenrente
5. Höhe der Halbwaisenrente
6. Erforderliche Nachweise

1. Leistungszeitraum

Anspruch auf Waisenrente besteht dann, wenn Kinder des Mitglieds vorhanden sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Über diesen Zeitpunkt hinaus wird Waisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt, sofern und solange sich Kinder in der Schul- bzw. Berufsausbildung befinden, oder den Bundesfreiwilligendienst leisten.

Ein Praktikum gilt dann als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.

Bei Unterbrechungen der Ausbildung bis zu 3 Monaten bleibt der Anspruch weiterhin bestehen.

Sollte ein Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sein, sich selbst zu unterhalten, würde eine Waisenrente ebenfalls gewährt werden, und zwar solange dieser Zustand andauert, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

2. Kinder im Sinne der Alterssicherungsordnung

Anspruchsberechtigte Kinder sind

- die ehelichen Kinder,
- die für ehelich erklärten Kinder,
- die nichtehelichen Kinder eines Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht festgestellt ist,
- Adoptivkinder, soweit die Adoption vor Vollendung des 55. Lebensjahres des Mitgliedes erfolgte

4. Höhe der Vollwaisenrente

Die Vollwaisenrente beträgt für jede Vollwaise bei Eintritt des Todes des Mitgliedes vor Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente 20 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente. Tritt der Tod des Mitgliedes nach Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ein, besteht ein Anspruch in Höhe von 20 % der zu diesem Zeitpunkt bezogenen Rente.

5. Höhe der Halbwaisenrente

Die Halbwaisenrente beträgt für jede Halbweise bei Eintritt des Todes des Mitgliedes vor Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente 10 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente. Tritt der Tod des Mitgliedes nach Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ein, besteht ein Anspruch in Höhe von 10 % der zu diesem Zeitpunkt bezogenen Rente.

6. Erforderliche Nachweise

Für jedes Kind bitten wir um Vorlage folgender Unterlagen:

- Kopie der Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde bzw. Sorgeerklärung
- Ausbildungsnachweis (Bescheinigung über die Schul- bzw. Berufsausbildung) bzw. bei Kleinkindern amtliche Lebensbescheinigung (erhältlich bei Ihrer Meldestelle bzw. beim Einwohnermeldeamt)
- ärztliches Attest, soweit körperliche, geistige oder seelische Behinderungen vorliegen
- ggf. Kopie der Wehr- oder Zivildienstzeitbescheinigung
- bei nichtehelichen Kindern: Nachweis über die Stellung des Kindes zum Mitglied (z. B. Kopie der Vaterschaftsanerkenntnis- oder feststellungsurkunde)