

# Antrag auf Hinterbliebenenrente



Sehr geehrte(r) Rentenantragsteller(in). Um sachgerecht 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 Freitag in der Zeit 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 Berliner Ärzteversorgung

## Personalien des verstorbenen Mitglieds      Mitgl.-Nr.:

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Sterbedatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_

## I. Personalien der Witwe / des Witwers

Name \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Privatanschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_  
Datum der Eheschließung mit dem verstorbenen Mitglied \_\_\_\_\_

## II. Antragstellung durch andere Personen bitte Vollmacht oder Beschluss vom Vormundschaftsgericht beifügen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
 gesetzlicher Vertreter     Vormund     Betreuer     Bevollmächtigter  
Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Mitgl.-Nr.:

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):

---

---

---

Mitgl.-Nr.:

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	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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, Lichtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

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

Von	Bis	Staat	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Mitgl.-Nr.:

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

- nein  
 ja

Die erforderlichen Unterlagen für den Bezug einer Waisenrente je berechtigtem 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



Mitgl.-Nr.:

### XIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

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

Die Berliner Ärzteversorgung ist nach den Bestimmungen des § 202 SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet, Ihr Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie Ihre Elterneigenschaft 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:

**Sind Sie krankenversichert?** (Mehrfachantwort möglich)

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

Bitte geben Sie den Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung, den Beginn der dortigen Mitgliedschaft sowie Ihre Mitgliedsnummer und Ihre Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung an.

Kasse/Versicherung: \_\_\_\_\_ Mitglied seit: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Meine Rentenversicherungsnummer lautet:

VSNR (Versichertennummer bei der DRV Bund, ehem. BfA)									

**Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - noch 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 \_\_\_\_\_  
Mitgl.-Nr.:

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

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
ggf. abw. Kontoinhaber \_\_\_\_\_

In Kenntnis dessen, das der Anspruch auf Rente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats\* besteht, bevollmächtige ich hiermit die

Berliner Ärzteversorgung, 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.