

Antrag auf Hinterbliebenenrente

Mitgliedsnummer _____

1. Personalien des verstorbenen Mitgliedes:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Todesursache: _____

Todestag: _____

2. Personalien der Witwe/des Witwers/des eingetragenen Lebenspartners:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Tag der Eheschließung: _____

Geburtsdatum: _____ Tag der Begründung der eingetragenen
Lebenspartnerschaft: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

3. Bestand die Ehe/Lebenspartnerschaft zum Zeitpunkt des Todes noch: ja nein

War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner vor
der Ehe mit Ihnen schon einmal verheiratet: ja nein

wenn ja, Anschrift - ggf. Sterbeurkunde - des früheren Ehepartners

Name : _____

Anschrift: _____

War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner dem
früheren Ehepartner gegenüber unterhaltspflichtig: ja nein

Angaben nur für frühere Ehepartner:

War Ihre Ehe geschieden: ja nein

Seit wann: _____

War Ihr früherer Ehepartner Ihnen gegenüber
unterhaltspflichtig: ja nein

4. Kranken- und Pflegeversicherung: (Witwe/Witwer/eingetragener Lebenspartner)
Welcher Krankenkasse/-versicherung gehören Sie als Mitglied an?

Anschrift: _____

Mitgliedsnummer/
Versicherungsnummer: _____

pflichtversichert freiwillig versichert

Haben/Hatten Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja, bitte Nachweis beifügen.

**5. Beantragen Sie für den verstorbenen Ehepartner/eingetragenen
Lebenspartner die Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung:** ja nein

Wenn ja, bitte Antrag auf Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung
ausfüllen. (Nur möglich für Zeiten ab Mitgliedschaftsbeginn)

Sind Sie Mitglied der **Ärzteversorgung Niedersachsen:** ja nein

Ihre Mitgliedsnummer: _____

Wurden von Ihnen während Ihrer Mitgliedschaft in der **Ärztever-
sorgung Niedersachsen** Kinderbetreuungszeiten beantragt: ja nein

**6. War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner
Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja nein

Wenn ja, bitte ausfüllen.

Zeitraum von bis	Anschrift des Rentenver- sicherungsträgers	Versicherungs-/Mitglieds- nummer
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

7. Hat Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja nein

Wenn ja, bitte ausfüllen.

Zeitraum von bis	Mitgliedsstaat	ggf. Anschrift des Rentenver- sicherungsträgers	Versicherungs-/Mitglieds- nummer
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

8. Wurde bei einem der unter Punkt 6 bzw. unter Punkt 7 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?

ja nein

Gegebenenfalls bei welchem und Antragsdatum:

9. Bezog Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner von einem der unter Punkt 6 bzw. unter Punkt 7 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?

ja nein

Gegebenenfalls ab wann: -----

Art der Leistung: -----

10. Personalien der Halb-/Vollwaisen:

a) bis zum 18. Lebensjahr

Name: _____ geb. am: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name: _____ geb. am: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name: _____ geb. am: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

b) über 18 Jahre, die sich in Schul- bzw. Berufsausbildung befinden oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten

Name: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Identifikationsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bei Waisen über 18 Jahre bitten wir, Nachweise wie zum Beispiel Ausbildungsbescheinigung, Immatrikulationsbescheinigung, Bescheinigung der Schule oder ärztliches Attest vorzulegen.

Der Anspruch erlischt mit Vollendung des 27. Lebensjahres. Bei Ableistung eines Pflichtdienstes verlängert sich der Anspruch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Pflichtdienst geleistet wurde.

