

Mitgliedsnummer _____

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Witwen-/Witwerrente

1. Personalien des verstorbenen Mitgliedes

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Todestag: _____

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

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Tag der Eheschließung: _____

Geburtsdatum: _____ Tag der Begründung der
Lebenspartnerschaft: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

3. 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

4. Nur vom früheren Ehepartner auszufüllen:

War Ihre Ehe geschieden: ja nein

Seit wann: _____

War Ihr früherer Ehepartner Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig: ja nein

5. Todesursache

natürlicher Tod Tod durch Selbsttötung*

Wurde der Tod des verstorbenen Mitgliedes durch Unfall* oder schuldhaft durch andere Personen* verursacht?

ja nein

Wenn ja, ist hieraus ein Anspruch auf Schadenersatz entstanden?

ja (*bitte Unterlagen einreichen*) nein

*Name, Anschrift und Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft:

6. Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Meine Rentenversicherungsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | |

(kann bei der Krankenkasse erfragt werden)

Haben Sie leibliche, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder?

ja nein

Hinweis: Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

7. Beantragen Sie für den verstorbenen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner die Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung:
(Nur möglich, wenn nicht bereits eine Rente geleistet wird)

ja nein

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

ggf. Sterbedatum: _____

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Beginn Mutterschutzfrist/Betreuung: _____

ggf. Sterbedatum: _____

Die Anrechnung erfolgt nur, wenn die Kinderbetreuungszeit in der Mitgliedschaft liegt.

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

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

9. 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, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja nein

von _____ bis _____ in _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift: _____

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ich ermächtige das Versorgungswerk, Versorgungsleistungen, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, von meinem Konto zurückzurufen.

Datum

(Witwe/Witwer/eingetragener Lebenspartner)

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevm.de