

**Mitgliedsnummer** \_\_\_\_\_

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt  
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: \_\_\_\_\_

**10. Wurde bei einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?**

☐ ja, am \_\_\_\_\_

☐ nein

**11. Bezog Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner von einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

☐ ja, ab \_\_\_\_\_

☐ nein

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

## 12. Bankverbindung

[illegible]

**BIC:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (8 oder 11 Stellen)

**Kontoinhaber** (falls abweichend):

**13.** Bitte teilen Sie uns **Ihre** 11-stellige Identifikationsnummer mit, die **Sie** vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben

**Identifikationsnummer**

#### 14. Erforderliche Unterlagen:

- Sterbeurkunde Ihres Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners (Kopie)
- Heiratsurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde (Kopie)
- Nachweise für Pflegeversicherung/Kinderbetreuungszeiten  
(Geburtsurkunden der Kinder in Kopie)

## Abtretung von Schadenersatzansprüchen

Ich trete alle Ansprüche auf Schadenersatz gegen einen Dritten an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt gewährt werden.

### Einwilligungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich willige ein, dass die Ärzteversorgung die für die Entscheidung des Rentenanspruches erforderlichen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen der/des Verstorbenen von den Ärzten und Einrichtungen, die sie/ihn behandelt haben oder die aus den Unterlagen ersichtlich sind, anfordern kann. Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

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.aevs.de](http://www.aevs.de)**