

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
(*bitte aktuellen Nachweis beifügen*)

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Rentenversicherungsnummer:
(*kann bei der Krankenkasse erfragt werden*)

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

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: ja nein

Hinweis: Nur möglich, wenn nicht bereits eine Rente geleistet wird.

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

Sind Sie Mitglied der **Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt:** ja nein

Ihre Mitgliedsnummer: _____

Wurden von Ihnen während Ihrer Mitgliedschaft in der
Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt Kinderbetreuungszeiten beantragt: ja nein

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

ja nein

von _____ bis _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

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 _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers _____

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: _____

