

Bitte zurück an die

**Apothekerversorgung Berlin
Potsdamer Straße 47**

14163 Berlin

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 9.00 – 15.00 Uhr sowie nach Terminvereinbarung. Falls Sie den Rentenantrag in unseren Geschäftsräumen ausfüllen möchten, empfehlen wir Ihnen eine telefonische Voranmeldung.

Ihre Apothekerversorgung Berlin

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 _____

III. Woran verstarb das Mitglied (Todesursache):

IV. Ist der Tod durch Unfall oder andere Personen verursacht worden ?

nein

ja

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):

VIII. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger

Hat das verstorbene Mitglied Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat der EU bzw. in dem EWR¹ oder zu einer weiteren deutschen Versorgungseinrichtung entrichtet ?

- Nein
- Ja:

Von	Bis	Staat oder Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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			
3			
4			

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 _____

- 3 _____

- 4 _____

¹ Zu den Ländern der EU gehören Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Zum EWR gehören Island, Liechtenstein und Norwegen.

X. Auf welches Konto sollen die Witwen- / Witwerrente und ggf. die Waisenrenten für minderjährige Kinder überwiesen werden?

IBAN

BIC

Geldinstitut _____

Kontoinhaber: selbst _____

Ort Datum Unterschrift Witve(r) bzw. des
Personensorgeberechtigten

Bei Zahlungen auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!

XI. Auf welches Konto sollen die Waisenrenten für volljährige Kinder überwiesen werden?

IBAN

BIC

Geldinstitut _____

Kontoinhaber: _____

Ort Datum Unterschrift der volljährigen Waise

Kontoverbindung für eine weitere volljährige Waise

IBAN

BIC

Geldinstitut _____

Kontoinhaber: _____

Ort Datum Unterschrift der volljährigen Waise

XII. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer (auch bei minderjährigen Waisen!)

Steuer-ID Witve/Witwer

Steuer-ID Waise Name: _____

Steuer-ID weitere Waise Name: _____

Info: Die Apothekerversorgung Berlin ist verpflichtet, den Rentenbezug nach §22a EstG an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden.

XIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Bitte für jede rentenberechtigte Person ein Exemplar ausfüllen!

(also auch für ggf. vorhandene Waisen)

Die Apothekerversorgung Berlin 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 wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse weitermelden müssen. 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:

Mein Name, Vorname: _____

Sind Sie krankenversichert ? (Mehrfachantwort möglich)

- ja, ich bin gesetzlich krankenversichert
 ja, ich bin privat krankenversichert (für Waisen bitte die Anlage „Waise mit PKV“ ausfüllen)
 Nein, ich habe keine Kranken- / Pflegeversicherung

Bitte Namen Ihrer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse und/oder privaten Krankenversicherung, den Beginn Ihrer dortigen Mitgliedschaft sowie Ihre Mitgliedsnummer der Krankenkasse **und die Rentenversicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung Bund** angeben:

Kasse/Versicherung: _____ Mitglied seit: _____

Mitglieds-Nr. bei der Kranken-/Pflegekasse: _____

Meine Rentenversicherungsnummer lautet:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(der Deutschen Rentenversicherung Bund)

Erhalten Sie - außer der Rente unseres Versorgungswerkes - auch Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenversicherung Bund –ehemals BfA bzw. LVA etc.) ?

- 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 Rentenantragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Das Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort Datum Unterschrift

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

Titel, Name, Vorname

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

Apothekerversorgung Berlin, 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 sowie Nachweis über den freiwilligen Dienst (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.

Gliederung:

1. Leistungszeitraum
2. Anspruchsberechtigte Kinder
3. Antrag
4. Höhe der Vollwaisenrente
5. Höhe der Halbwaisenrente
6. Erforderliche Nachweise

1. Leistungszeitraum

Anspruch auf Waisenrente besteht dann, wenn Kinder des Mitglieds vorhanden sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Über diesen Zeitpunkt hinaus wird Waisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt, sofern und solange sich Kinder in der Schul- bzw. Berufsausbildung befinden oder einen freiwilligen Dienst im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d des Einkommensteuergesetzes leisten.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des Wehr- oder Zivildienstes verzögert, so erhöht sich die Altersbegrenzung für den Bezug der Waisenrente entsprechend dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres abgeleisteten Zeitraum. Zeiten des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes gelten nicht als Ausbildung, sodass für den Wehr- bzw. Zivildienstzeitraum keine Zahlung erfolgen kann.

Sollte ein Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sein, sich selbst zu unterhalten, würde eine Waisenrente ebenfalls gewährt werden, und zwar solange dieser Zustand andauert.

2. Kinder im Sinne der Satzung

Anspruchsberechtigte Kinder sind

- die ehelichen Kinder,
- die für ehelich erklärten Kinder,
- adoptierte Kinder soweit die Adoption vor Vollendung des 55. Lebensjahres des Mitgliedes erfolgt ist,
- die nichtehelichen Kinder eines Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht festgestellt ist,
- Pflege- und Stiefkinder.

Bei Enkelkindern kann daher keine Waisenrentenzahlung erfolgen.

3. Antrag

Die Waisenrente wird ab Vorliegen der genannten Anspruchsvoraussetzungen auf Antrag gewährt.

4. Höhe der Vollwaisenrente

Die Vollwaisenrente beträgt 20 % der Rente, die das verstorbene Mitglied bei seinem Ableben bezog. Bezog das verstorbene Mitglied bei seinem Ableben noch keine Rente, beträgt die Vollwaisenrente 17 % der bei seinem Ableben bestehenden Anwartschaft auf Altersrente.

5. Höhe der Halbwaisenrente

Die Halbwaisenrente beträgt 10 % der Rente, die das verstorbene Mitglied bei seinem Ableben bezog. Bezog das verstorbene Mitglied bei seinem Ableben noch keine Rente, beträgt die Halbwaisenrente 8,5 % der bei seinem Ableben bestehenden Anwartschaft auf Altersrente.

6. Erforderliche Nachweise

Für jedes Kind bitten wir um Vorlage folgender Unterlagen:

- Kopie der Geburtsurkunde bzw. Adoptionsurkunde
- Ausbildungsnachweis (Bescheinigung über die Schul- bzw. Berufsausbildung oder den freiwilligen Dienst) bzw. bei Kleinkindern amtliche Lebensbescheinigung (erhältlich bei der Meldestelle bzw. beim Einwohnermeldeamt)
- ärztliches Attest, soweit körperliche, geistige oder seelische Behinderungen vorliegen
- ggf. Kopie der Wehr- oder Zivildienstzeitbescheinigung
- bei nichtehelichen Kindern: Nachweis über die Stellung des Kindes zum Mitglied (z. B. Kopie der Vaterschaftsanerkenntnisurkunde) **und** Nachweis darüber, dass das Mitglied tatsächlich Unterhalt für das Kind leistete (z. B. Bankauszug, Dauerauftragsbestätigung), also kein Dritter die Sorge für das Kind inne hatte.