

Mitgliedsnummer _____

**Ärzteversorgung Niedersachsen
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

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.aevn.de