

Die Antragsbearbeitung erfolgt durch:

**Deutsche Post AG  
NL Renten Service  
Abt. Betriebsrenten  
Postfach 10 60 18  
70049 Stuttgart**

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie Teil A ausfüllen und eigenhändig unterschreiben. Beachten Sie bitte die anhängenden Erläuterungen, die Ihnen das Ausfüllen des Antrags erleichtern sollen. Wenn Ihnen das Ausfüllen des Antragsvordruckes trotzdem Schwierigkeiten bereiten sollte, wird Ihnen der frühere Arbeitgeber des/der Verstorbenen dabei sicher gerne behilflich sein.

**Hinweis zum Datenschutz: Die in diesem Antrag erfragten Daten benötigt die VAP zur Feststellung Ihres Anspruchs sowie zur Berechnung und Zahlung der Leistungen. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet. Ohne diese Angaben ist die Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich. Detaillierte Informationen zum Datenschutz bei der VAP oder bei Beschwerden in Bezug auf Datenschutz bei der VAP können Sie der Homepage [www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf](http://www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf) entnehmen. Auf besondere Anforderung können Sie diese Information auch in Schriftform erhalten.**

## Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Dieser Antrag gilt auch für Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Felder, die Ehe und Familienstand der Witwe/des Witwers betreffen, gelten entsprechend.

VAP-Versichertennummer des/der Verstorbenen oder VAP-Rentennummer des/der Verstorbenen

### Angaben zur Person des/der Hinterbliebenen

1	Name, Vorname	Geburtsname
2	Straße, Hausnummer	
3	Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
4	Tag der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen	Staatsangehörigkeit
5	Steuerliche Identifikationsnummer	Telefon (Vorwahl und Rufnummer)
6	<p>Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p> <p>Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.</p> <p>Haben oder hatten Sie Kinder <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Der Nachweis für ein Kind ist ausreichend. Eine Zusendung dieses Nachweises ist nicht erforderlich, wenn Sie vor dem 01.01.1940 geboren wurden.</p> <p><b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b></p> <p>Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p>	

VAP-Fbl; Stand: 30.06.2022

Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung	
6a	Versicherungsnummer des Antragstellers in der gesetzlichen Rentenversicherung:
Antragstellung durch andere Personen	
7	Der Antrag wird in Vertretung des/der Hinterbliebenen gestellt vom:
8	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Betreuer/Pfleger <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> sonstigen gesetzlichen Vertreter Bitte entsprechende Nachweise (Betreuerausweis, Vollmacht usw.) beifügen.
9	Name, Vorname bzw. Bezeichnung der Behörde:
10	Anschrift
Angaben zur Person des/der Verstorbenen	
11	Name, Vorname
	Geburtsname
12	ggf. früher geführte(r) Name(n)
	Geburtsdatum
13	Verstorben am:
14	- <b>Nur ausfüllen, wenn der/die Verstorbene keine Rente aus der VAP bezogen hat</b> - Familienstand zum Zeitpunkt des Todes <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____                      seit: _____                      seit: _____ <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit: _____                      seit: _____
15	Bestand Anspruch auf Kindergeld oder entsprechende Leistung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
16	- <b>Nur ausfüllen, wenn der/die Verstorbene eine Rente aus der VAP bezogen hat</b> - Wurde der Tod dem Renten Service der Deutschen Post AG mitgeteilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am:
Bankverbindung	
17	Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:
18	BIC/SWIFT-Code:
	IBAN:
19	Name und Ort des Geldinstitutes:
20	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.

<b>- 3 -Beantragte Leistung</b>																	
21	<p>Ich beantrage Versorgungsrente für</p> <p><input type="checkbox"/> Witwen    <input type="checkbox"/> Witwer    <input type="checkbox"/> Geschiedene (früherer Ehegatte)</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalig    <input type="checkbox"/> Wiederaufleben</p> <p><input type="checkbox"/> Waisen</p> <p>Für jede volljährige Waise bitte ein Blatt "Zusatzangaben der volljährigen Waise" ausfüllen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Name und Vorname(n) der Waisen</th> <th style="width: 20%;">Geburtsdatum</th> <th style="width: 30%;">Steuerliche Identifikationsnummer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name und Vorname(n) der Waisen	Geburtsdatum	Steuerliche Identifikationsnummer													
Name und Vorname(n) der Waisen	Geburtsdatum	Steuerliche Identifikationsnummer															
22	<p>Für den Zeitraum bis zur endgültigen Berechnung der Versorgungsrente soll eine vorläufige Versorgungsrente gezahlt werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja</p>																
23	<p><input type="checkbox"/> Soweit dem/der Verstorbenen zustehende Rentenbeträge noch nicht ausgezahlt wurden, verlange ich deren Auszahlung.</p>																
24	<p>Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wurden beantragt am: _____ (bitte Nachweis beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> LVA    <input type="checkbox"/> BfA    <input type="checkbox"/> sonstige Anstalt (z. B. Seekasse usw.) _____</p>																
25	<p>Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 60%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																
26	<p>Ist der Tod wegen der Folgen eines Arbeits- oder Dienstunfalls eingetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja</p>																
<b>Weitere Versicherungsverhältnisse oder weitere Ansprüche auf Rente</b>																	
27	<p>Sind oder waren Sie bei der VAP aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses versichert?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer _____</p>																
28	<p>Erhalten Sie bereits eine VAP-Rente?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer _____</p> <p>von <input type="checkbox"/> Deutsche Post AG, NL Renten Service, Abt. Betriebsrenten</p> <p>von <input type="checkbox"/> Deutsche Telekom AG</p>																
29	<p>Sind Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Anschrift der ZVE: _____</p>																
30	<p>Erhalten Sie oder haben Sie Anspruch auf Rente/Hinterbliebenenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ unter dem Zeichen/der Nummer _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Anschrift der ZVE: _____</p>																

<b>- 4 -Angaben über weitere Einkünfte</b>	
31	<p>Beziehen Sie Arbeitseinkünfte/Dienstbezüge?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)</p> <p style="text-align: right;">monatlich _____ EUR vom Arbeitgeber _____ (Name und Anschrift)</p> <p style="text-align: right;">monatlich _____ EUR als Selbständiger</p>
32	<p>Beabsichtigen Sie ein Arbeitsverhältnis zu begründen oder eine selbständige Tätigkeit aufzunehmen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p>
33	<p>Erhalten Sie laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p style="text-align: right;">Anschrift und Aktenzeichen/Vers.-Nr.:</p>
34	<p>Beziehen Sie eine Entschädigung oder ein Übergangsgeld nach einem Abgeordnetengesetz oder entsprechender gesetzlicher Regelungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)</p>
35 36	<p>Beziehen oder beantragen Sie Leistungen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p style="text-align: right;">von (Name des Trägers und Anschrift): _____</p> <p style="text-align: right;">Aktenzeichen:</p>
<b>Sonstige Angaben</b>	
37	<p>Haben Sie Ihren Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt bereits im Ausland oder beabsichtigen Sie, Ihren Wohnsitz in das Ausland zu verlegen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, für die Zeit vom _____ bis _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja, auf Dauer (ggf. neue Anschrift)</p>
38	<p>Wurde aufgrund einer Ehescheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts/Familiengericht</p>
39	<p>Steht der Tod im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch andere Personen verursacht oder mitverursacht worden ist (z. B. durch Verkehrsunfall, Wegeunfall, tätlichen Angriff, Unfall mit Tieren, ärztlicher Behandlungsfehler)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, Unfalltag _____</p> <p>Name und Anschrift des Schädigers:</p> <p>_____</p> <p>Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers (ggf. Aktenzeichen):</p> <p>_____</p>

## Zusatzangaben der volljährigen Waise

Angaben zur Person	
40	Name, Vorname <span style="float: right; padding-left: 100px;">Geburtsdatum</span>
41	Straße, Hausnummer
42	Postleitzahl, Wohnort <span style="float: right; padding-left: 100px;">Telefon (Vorwahl und Rufnummer)</span>
43	Staatsangehörigkeit: <span style="float: right; padding-left: 100px;">Steuerliche Identifikationsnummer:</span>
44	<p>Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung?  <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift und Mitgliedsnummer der Krankenversicherung:</p> <p>Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.</p> <p>Haben oder hatten Sie Kinder <span style="float: right; padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</span></p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Der Nachweis für ein Kind ist ausreichend.</p> <p><b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b>  Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)?</p>
Bankverbindung	
45	<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Überweisung auf das unter den Ziffern 17-20 angegebene Konto einverstanden.
46	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:
47	BIC/SWIFT-Code:
47	IBAN:
48	Name und Ort des Geldinstitutes:
49	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.
Weitere Angaben zum Antrag auf Waisenrente	
50	<p>Beziehen Sie/haben Sie Anspruch auf Rente/Waisenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)?  <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, unter dem Zeichen/der Nummer <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>Anschrift der ZVE:</p>
51	<p>Beziehen Sie Arbeitsentgelt/Dienstbezüge?  <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen) <span style="float: right; padding-left: 50px;">_____ Euro</span></p> <p>von Arbeitgeber (Name, Anschrift):</p>

## Erklärung der antragstellenden Person

Ich erkläre, dass ich

- alle Fragen richtig und vollständig beantwortet habe,
- die mir gegen Dritte zustehenden Schadensersatzansprüche in der Höhe an die VAP abtreten werde, in der mir die VAP aufgrund des dem Schadensersatzanspruch zugrunde liegenden Schadensereignisses Leistungen oder erhöhte Leistungen gewährt. Meine Schadensersatzansprüche werde ich insoweit nicht abfinden lassen.
- **mit der Anforderung der für das Bestehen des Rentenanspruchs und dessen Höhe notwendigen Daten der gesetzlichen Sozialleistungsträger durch die VAP unmittelbar bei den Sozialleistungsträgern einverstanden bin (Rentenbescheid des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, Zahlbetrag der aktuellen gesetzlichen Rente).**

Ich verpflichte mich,

- die mir mit der Mitteilung der VAP über die Erstberechnung der Versorgungsrente zugehenden Hinweise auf die Anzeigepflicht nach § 63 der VAP-Satzung zu beachten und diesen nachzukommen,
- unter Berücksichtigung der Anzeigepflichten (§ 63 VAP-Satzung) die VAP unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Anspruch auf Versorgungsrente nach Grund oder Höhe berühren.

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ruht oder wegfällt bzw. erstmals gewährt, neu festgesetzt oder umgewandelt wird, auch wenn sich der Zahlbetrag aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht ändert, sowie bei Einkünften aus selbständiger oder nichtselbständiger Tätigkeit,

- die aufgrund einer Verletzung einer Anzeigepflicht zuviel gezahlten Rentenbeträge an die VAP zurückzuzahlen,
- dem Renten Service der Deutschen Post AG unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge an den Renten Service der Deutschen Post AG für Rechnung des Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann nur von mir - nicht jedoch von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

## Einwilligungserklärung zur Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift

Die nachstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Antragsbearbeitung. Eine Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift erfolgt nur, wenn Sie die Antwort „Ja“ ankreuzen und unterschreiben.

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift an die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften (§ 2, Abs. 1 und Anh. 1 zu § 2 der VAP-Satzung) für die Zusendung von Informationsmaterial weitergegeben werden:**

(Bitte je Unterschrift ankreuzen)

Nein       Ja

Nein       Ja

Nein       Ja

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

<b>Verzeichnis der Anlagen, die dem "Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene" beigefügt sind (bitte Zutreffendes ankreuzen)</b>
--

<input type="checkbox"/> B01	Sterbeurkunde des/der Versicherten bzw. Rentenempfängers/Rentenempfängerin
<input type="checkbox"/> B02	Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde
<input type="checkbox"/> B03	Geburtsurkunde(n) der rentenberechtigten Waise(n)
<input type="checkbox"/> B04	Nachweis, dass die gesetzliche Rente beantragt wurde
<input type="checkbox"/> B05	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Gewährung einer Rente
<input type="checkbox"/> B06	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Ablehnung oder das Versagen einer Rente
<input type="checkbox"/> B07	Abtretungsvereinbarung
<input type="checkbox"/> B08	Nachweis der Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/> B09	Bezügemitteilung über Lohn/Gehalt des/der verstorbenen Versicherten im Sterbemonat bzw. Bescheinigung über die Höhe des Regelentgelts (nur Corpus Asset Wohnen GmbH)
<input type="checkbox"/> B10	Bescheid(e) über die Gewährung von Rente(n) aus einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung bzw. Nachweis über die laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge
<input type="checkbox"/> B11	Nachweis über die Höhe jeglicher Arbeitseinkünfte
<input type="checkbox"/> B12	Amtsärztliches Zeugnis für die über 18 Jahre alten Waisen, dass sie infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande sind, sich selbst zu unterhalten
<input type="checkbox"/> B13	Nachweis(e) über erworbene Unterhaltsansprüche nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Witwengeld, Unterhaltsbeitrag)
<input type="checkbox"/> B14	Nachweis(e) über erworbene Unterhaltsansprüche von der/dem geschiedenen Ehefrau/Ehemann
<input type="checkbox"/> B15	Entscheidung über den Versorgungsausgleich
<input type="checkbox"/> B16	Bescheid des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung/der Unfallkasse PT
<input type="checkbox"/> B17	Nachweis über die Höhe der zuletzt durch den Verstorbenen bezogenen gesetzlichen Rente
<input type="checkbox"/> B18	Belege zur Erklärung der Verschollenheit des/der Versicherten
<input type="checkbox"/> B19	Betreuerausweis über Pflegschaft/Betreuungsverhältnis
<input type="checkbox"/> B20	Nachweis über private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> B21	
<input type="checkbox"/> B22	



## **Erläuterungen zum Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene**

Die VAP führt die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer für die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften durch. Die Versorgungsrente wird aufgrund tarifvertraglicher Regelungen in Verbindung mit der Satzung der VAP gewährt. Für die Berechnung gilt das Prinzip der Gesamtversorgung. Dabei ist Versorgungsrente der Betrag, der sich nach Abzug der Grundversorgung (z. B. gesetzliche Rente) von der Gesamtversorgung ergibt.

Anspruch auf Versorgungsrente für Hinterbliebene besteht, wenn der/die Pflichtversicherte zum Zeitpunkt seines/ihrer Todes die Wartezeit erfüllt hat. Darüber hinaus besteht Anspruch auf Versorgungsrente für Hinterbliebene, wenn der/die Verstorbene zum Zeitpunkt seines/ihrer Todes bereits Versorgungsrente erhalten hat.

### **Geschäftsbesorgung**

Seit dem 01.01.2001 hat die Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG in Stuttgart im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrages für die VAP die Bearbeitung von Leistungsanträgen übernommen. Namens und im Auftrag der VAP bearbeitet die Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG die Rentenangelegenheiten und versendet auch die entsprechenden Mitteilungen.

### **VAP-Versichertennummer**

Die VAP-Versichertennummer ist in den Versicherungsunterlagen (z. B. Anmeldebestätigung, Abmeldung) angegeben. Ist Ihnen die Versichertennummer nicht bekannt, kann die Eintragung entfallen.

### **VAP-Rentennummer**

Die VAP-Rentennummer ist ggf. aus der letzten Rentenmitteilung zu ersehen.

### **Zu den Ziffer 5, 21 und 43: Steuerliche Identifikationsnummer**

Geben Sie hier die 11-stellige Identifikationsnummer (IdNr) nach § 139 b Abgabenordnung (AO), die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilt wurde, an. Sie finden Ihre IdNr auf dem Einkommensteuerbescheid, auf Ihrer Lohnsteuerbescheinigung oder im Informationsschreiben Ihres Finanzamtes.

### **Zu Ziffer 6: Krankenkasse und Pflegekasse**

Die Renten der VAP unterliegen der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die VAP ist daher verpflichtet, von diesen Renten den Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag einzubehalten und an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse abzuführen. Die Angabe der Mitgliedsnummer der Krankenkasse und Pflegekasse ist zwingend erforderlich.

Aufgrund des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes vom 15.12.2004 müssen Kinderlose der Geburtsjahrgänge nach 1939, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung zahlen. Neben leiblichen und adoptierten Kindern gelten unter besonderen Voraussetzungen auch Stief- und Pflegekinder als Kinder im Sinne dieses Gesetzes. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die antragsbearbeitende Stelle.

### **Zu den Ziffern 17 bis 20: Bankverbindung**

Die IBAN- und BIC-Kennzahl finden Sie auf Kontoauszügen Ihrer Bank.

### **Zu Ziffer 21: Beantragte Leistung**

Anspruchsberechtigt sind

- die Witwe,
- der Witwer
- der/die eingetragene Lebenspartner/in sowie
- die Kinder des/der Verstorbenen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ferner sind anspruchsberechtigt

- die geschiedene Ehefrau, wenn die Ehe vor dem 01.07.1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde und die Ehefrau nicht wieder geheiratet hat. Dies gilt nur, wenn die Ehe aus alleinigem oder überwiegendem Verschulden des Verstorbenen geschieden wurde und der Verstorbene im letzten Jahr vor seinem Tode Unterhalt geleistet hat oder zum Unterhalt verpflichtet war.
- die volljährige Waise, wenn sie eine entsprechende gesetzliche Rente erhält. Über das 27. Lebensjahr hinaus wird Waisenrente auch gewährt, wenn die Waise infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

### **Zu Ziffer 22: Vorläufige Versorgungsrente**

Die Zahlung der vorläufigen Versorgungsrente steht unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Rückforderung etwa überzahlter Rentenbeträge.

### **Zu Ziffer 24: Berufsständische Versorgungseinrichtung**

Berufsständische Versicherungen sind beispielsweise die Architektenversicherung und die Rechtsanwälteversicherung.

### **Zu den Ziffern 29 und 30: Zusatzversicherungseinrichtungen**

Zusatzversicherungseinrichtungen sind z. B. die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), die Bundesbahnversicherungsanstalt Abteilung B sowie die kommunalen und kirchlichen Zusatzversicherungskassen.

### **Zu Ziffer 33: Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge**

Versorgungsbezüge oder versorgungsähnliche Bezüge sind alle Rentenzahlungen, die - neben der Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung und der VAP - aufgrund eines früheren Dienst- oder Arbeitsverhältnisses gewährt werden.

### **Zu Ziffer 38: Versorgungsausgleich**

Ein Versorgungsausgleich könnte durchgeführt worden sein, wenn eine frühere Ehe des/der Verstorbenen geschieden wurde.

### **Zu Ziffer 44: Krankenkasse und Pflegekasse**

Siehe Erläuterung zu Ziffer 6.

### **Zu den Ziffern 45 bis 49: Bankverbindung**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 17-20.

### **Zu Ziffer 50: Zusatzversicherungseinrichtungen**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 29 und 30.