

Fragebogen

für hinterbliebene Witwen /Witwer / Eingetragene Lebenspartner(innen) eines verstorbenen Beamten / Versorgungsempfängers

Zutreffendes bitte ankreuzen beziehungsweise ausfüllen

1 Personalangaben des/der Verstorbenen

Name	Vorname	Geburtstag
Vers.-Nr.		Todestag

Personalangaben des/der Hinterbliebenen

Name	Vorname	Geburtsname
Geburtstag / Geburtsort		Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft
Anschrift		
e-mail		Telefonnummer

2 Meine Ehe / Eingetr. LP mit dem/der Verstorbenen hat bei seinem/ihrer Tode noch bestanden nein ja

3 Ich bin nicht beschäftigt

innerhalb des öffentlichen Dienstes außerhalb des öffentlichen Dienstes - beschäftigt -

als	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/> selbstständig
Bes.Gr.		EntgGr. TVöD / TV-L		
Name und Sitz des Arbeitgebers bzw. der Dienststelle, Aktenzeichen				

4 Ich beziehe noch andere Versorgungsbezüge, Betriebsrenten oder ähnliche zur Altersversorgung bestimmte Zahlungen aus einer früheren Tätigkeit innerhalb oder außerhalb des öffentlichen Dienstes nein ja

Zahlende Stelle, Anschrift, Aktenzeichen

5 Ich beziehe - habe Antrag gestellt auf - Behörde, Aktenzeichen monatlich bzw. A
habe ggf. zu einem spätern Zeitpunkt Anspruch auf -

Arbeitslosengeld I oder II von der Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ bzw. Datum
Hinterbliebenen-Rente aus der Angestellten-, Invaliden-, Unfallversicherung, Knappschaftlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ bzw. Datum
Eigene Rente aus der Angestellten-, Invaliden-, Unfallversicherung, Knappschaftlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja RVNR _____	€ bzw. Datum
Rente/Versorgung von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ bzw. Datum
sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€

6 Sofern Waisen vorhanden sind, für die evtl. Waisengeld, Kindergeld und der Familienzuschlag zu zahlen wäre, bitte die Antragsvordrucke LVwA II 278 a und LVwA VB 282 anfordern.

7 Ist der Tod des/der Verstorbenen durch ein **Fremdverschulden** eingetreten?

- nein
 ja – bitte Erläuterungen auf einem gesonderten Blatt beifügen.

8 Ich bitte, die Bezüge auf **mein Konto** zu überweisen.

Kto.Nr.	bei	Bankleitzahl
IBAN (International Bank Account Number)		
D E		

9 Ich bin privat versichert
 freiwillig versichert pflichtversichert

Rentenversicherungsnummer _____

bei _____
(Name der Krankenkasse bzw. -versicherung)

Anzahl der leiblichen bzw. Adoptivkinder _____
 keine Kinder

Mir ist bekannt, dass ich gem. § 206 SGB V verpflichtet bin, bei der zuständigen Krankenkasse die Höhe meiner Versorgungsbezüge zu melden, wenn ich aufgrund gesetzlicher Vorschriften (etwa wegen Bezugs einer Rente in der Krankenversicherung der Rentner) pflichtversichert bin.

10 Steuermerkmale

Steuerrechtliche Merkmale:

- Hauptbeschäftigungsverhältnis mit Steuerklasse ____
(Empfehlenswert, wenn Sie nicht erwerbstätig sind.)
- Kirchensteuer, Konfession: _____ keine Kirchensteuer
- Nebenbeschäftigungsverhältnis – Steuerklasse 6

Steuerliche Identifikations-Nr. _____

- 11 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt Berlin ermächtigt ist, über meinen Tod hinaus bewirkte Versorgungsleistungen von meinem kontoführenden Geldinstitut zurückzufordern. Ich ermächtige gleichzeitig das in Frage kommende Geldinstitut, diese Beträge ohne Zustimmung und Auftrag meiner Erben oder der nach meinem Tode sonst Verfügungsberechtigten an das Landesverwaltungsamt Berlin zurückzuzahlen.
- 12 Ich erkläre pflichtgemäß, dass meine vorstehenden Angaben richtig sind und ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass ich im Falle unrichtiger Angaben strafrechtlich verfolgt werde.
- 13 Mit der Verrechnung eventuell überzahlter Versorgungsbezüge nach dem Tod der/des Versorgungsberechtigten mit dem Sterbegeld bin ich einverstanden.

(Unterschrift, Datum)