

**Antrag auf Gewährung eines Kostensterbegeldes  
 (§ 18 Abs. 2 LBeamVG)**

Zutreffendes bitte ankreuzen .

**Antragsteller**

Name, Vorname	Straße, Postleitzahl, Wohnort	Tel.Nr. / e-mail
Bankinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.

**IBAN (International Bank Account Number)**

D	E																						
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Ich beantrage die Gewährung eines Sterbegeldes zum Versorgungsanspruch**

Versorgungsnummer	Geschäftszeichen	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum des Sterbetages

1 Ich war mit der / dem Verstorbenen

verwandt	<input type="checkbox"/> ja	in aufsteigender Linie	verschwägert als	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	(Abstammung voneinander)	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Geschwisterkind
Bitte Personenstandsurkunden beifügen				

2 Ich habe zur Zeit des Todes zur häuslichen Gemeinschaft des / der Verstorbenen gehört

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3 Der / Die Verstorbene war mindestens überwiegend mein Ernährer

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Wenn ja:

Geldwert der monatlichen Unterhaltsleistung	Betrag des eigenen Einkommens bis zum Tode des / der Verstorbenen
€	€
Bitte Nachweise beifügen	

4 Die geltend gemachten Aufwendungen stehen im Zusammenhang

mit einem anerkannten Versorgungsleiden	mit der Behandlung wegen Tuberkulose	mit der zuletzt oder früher ausgeübten Berufstätigkeit	mit einem Unfall
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wenn Unfall  ja: Wer ist für den Unfall verantwortlich

Name, Vorname	Straße, Postleitzahl, Wohnort
---------------	-------------------------------

5 Der Tod wurde durch Verschulden Dritter verursacht

nein  ja

Können Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden

nein  ja

Wenn ja: Gegen wen

Name, Vorname	Straße, Postleitzahl, Wohnort
---------------	-------------------------------

ggf. versichert bei

Name des Versicherers	Straße, Postleitzahl, Wohnort	Versicherungsnummer
-----------------------	-------------------------------	---------------------

6 Aus Anlass des Sterbefalles, der letzten Krankheit, sind folgende Leistungen gewährt worden

Sterbegeld nach beamten- oder tariflichen Vorschriften	aus einer Krankenversicherung	vom Versorgungsamt	aus einer Sterbegeldversicherung
€	€	€	€

7 Sonstige Leistungen (z.B. Kranken-, Lebensversicherung oder von Berufsverbänden)

Art	Betrag	Art	Betrag	Art	Betrag
	€		€		€
Bitte Nachweise beifügen					

Sind weitere Leistungen zu erwarten

nein  ja

8 Aus gleichem Anlass ist eine Beihilfe, ein Sterbegeld, ein Zuschuss oder dergleichen bei anderen Behörden nicht beantragt worden.

9 Raum für zusätzliche Bemerkungen

Aufwendungen, die durch die letzte Krankheit oder die Bestattung des / der Verstorbenen entstanden sind und von mir nach dem Todesfall bezahlt wurden, weise ich mit den beigefügten spezifizierten und quittierten Rechnungen und Zahlungsbelegen nach – möglichst Originale -.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben.

Nachträgliche Änderungen werden unverzüglich von mir angezeigt und nachgewiesen.

**Eine Kopie meines Personalausweises (Vor- und Rückseite) ist beigefügt.**

Unterschrift	Datum
--------------	-------