Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
-Soziales Entschädigungsrecht-

Bundeswehr
Wir. Dienen. Deutschland.

Eingaben löschen

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat PA 2.2.3
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

R300

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

Versorgung nach dem Dritten Teil Abschnitt I Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Antrag auf
Witwen-/ Witwerversorgung

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter http://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht zur Verfügung. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Anträge auch gern zu.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter http://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

1 Angaben zur Person der / des Verstorbenen (**Sterbeurkunde bitte beifügen** soweit nicht schon vorliegend.)

Name	Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)	
Sterbedatum		

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

2 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der Hinterbliebenen Lebenspartnerin / des Hinterbliebenen Lebenspartners

Name	Geburtsname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Vorname (Rufname)	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Telefonisch erreichbar tagsüber (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz	Fax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	

3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Name Vorname / Dienstelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	Telefonisch erreichbar tagsüber (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Fax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Ort

4 Begründung des Anspruches auf Witwen- / Witwerversorgung

4.1 Tag der Eheschließung /Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der / dem Verstorbenen

Tag | Monat | Jahr

(bei Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe bitte den Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft)

4.1.1 Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Verstorbenen?

☐ ja ☐ nein **Bitte** Fragebogen **R 305 beifügen**

4.1.2 Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens ein Jahr?

☐ ja ☐ nein **Bitte** Fragebogen **R 306 beifügen**

4.1.3 Haben Sie nach dem Tod der / des Verstorbenen **wieder geheiratet/ eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet**?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.1.5 ☐ ja am Tag | Monat | Jahr

4.1.4 Besteht diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?

Datum der Auflösung dieser Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft

☐ nein, Tag | Monat | Jahr **Bitte Vordruck R 307 ausfüllen**

☐ ja, bitte weiter mit Ziffer 4.1.5

4.1.5 Haben Sie Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben?

☐ nein ☐ ja, bitte für jedes Kind einen **Antrag R 501 ausfüllen**

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

5 Andere Leistungen

Beziehen Sie oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

5.1 Witwen-/ Witwerrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Postrentennummer oder Versicherungsnummer

5.2 Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften

☐ nein ☐ ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

5.3 Witwen-/ Witwerrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am — Jahr der Abfindung

vom bis am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.4 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

vom bis am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.5 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

vom bis am

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

5.6 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialleistungsträger

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

vom bis am

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

5.7 Sonstige Leistungen

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

vom bis am

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

6 Einkommen

6.1 Einkommen aus Versicherungen

☐ nein

☐ ja Art der Versicherung (Lebensversicherung, Ausbildungsversicherung etc.)

_____

_____

_____

Bitte **Unterlagen** zur Art und Höhe **beifügen!**

6.2 Einkommen aus Vermietung und Verpachtung

☐ nein ☐ ja	ab	ab	ab
Bitte **Steuerbescheid beifügen**	Höhe	Höhe	Höhe

6.3 Einkommen aus Kapitaleinkünften (zum Beispiel: Zinsen, Dividenden)

	ab	ab	ab
☐ nein ☐ ja			
Bitte **Steuerbescheid beifügen**	Höhe	Höhe	Höhe

6.4 sonstige Einkommen

☐ nein ☐ ja → Bitte **separates Blatt** mit Erläuterungen **beifügen!**
Bitte **Unterlagen** zur Art und Höhe **beifügen!**

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Referat PA 2 -Soziales Entschädigungsrecht- unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Antrags bis zum Erhalt des Bewilligungsbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 5 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift oder Bankverbindungändert.

Die Merkblätter "Leistungen der Kriegsopferfürsorge – KOF“ und „Leistungen der Heil- und Krankenpflege – HuK“ habe ich erhalten bzw. zur Kenntnis genommen. (Sind einsehbar unter http://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht .)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

8 Anlagen

Es ist beigefügt:

☐ Erklärung zur Bankverbindung (R001)

☐ Sterbeurkunde (beglaubigte Kopie)

☐ Eheurkunde (beglaubigte Kopie) / Lebenspartnerschaftsurkunde (beglaubigte Kopie)

- _____
-
- _____
-
- _____