

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat VII 2.3
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
hier: Antrag auf Elternversorgung

Bei **getrenntlebenden** Eltern bitte **jeweils separaten Antrag** ausfüllen!
Bitte Nachweise über dauerhaftes Getrenntleben beifügen.

Ergänzender Hinweis: Die Elternrente leitet sich aus der Verpflichtung ab, dass Kinder ihre Eltern bei Bedürftigkeit unterstützen. Sie hat somit den Charakter einer Unterhaltersatzleistung und ist deshalb gemäß § 51 BVG einkommensabhängig.

1.) Angaben zur verstorbenen Person

Bitte Sterbeurkunde beifügen, soweit hier noch nicht vorliegend.

Name	Vorname
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Sterbedatum	Sterbeort (Kreis, Land)

2.) Angaben zur Person der/des Antragstellenden

2.1) Elternteil 1

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



2.2) Elternteil 2 bei Neuverheiratung jetzige/r Ehegatte/Ehegattin (auch Lebenspartner/-in)

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

3.) Antragstellung durch andere Person / Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Bitte Vollmacht oder Beschluss des Gerichts beifügen.

3.1 Elternteil 1

Name	Vorname
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/-in <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

3.1 Elternteil 2 bei Neuverheiratung jetzige/r Ehegatte/Ehegattin (auch Lebenspartner/-in)

Name	Vorname
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/-in <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

4.) Begründung des Anspruches auf Elternversorgung

4.1 die / der Verstorbene war	Elternteil 1	Eltern- teil 2																								
leibliches Kind von: Bitte Geburtsurkunde beifügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
An Kindes Statt angenommen (Adoption) von: Bitte Adoptionsurkunde oder/und Geburtsurkunde beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Stiefkind oder Pflegekind und wurde unentgeltlich unterhalten von: Bitte entsprechende Ausführung auf separatem Blatt machen und entsprechende Nachweise beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Enkelkind von und hat Unterhalt geleistet oder war dazu verpflichtet für: Bitte entsprechende Ausführung auf separatem Blatt machen und entsprechende Nachweise beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
4.2 Ist das nun verstorbene Kind Ihr einziges oder letztes überlebendes Kind?																										
<input type="checkbox"/> Ja, einziges Kind, <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bitte weiter bei Ziffer 5 bitte weiter bei Ziffer 5 letztes überlebendes Kind Kind von																										
4.3 Sind weitere Ihrer Kinder auf Grund einer Wehrdienstverrichtung verstorben?																										
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weiter mit Ziffer 4.4																										
Name	Vorname	Personenkennziffer																								
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																										
Name	Vorname	Personenkennziffer																								
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																										
4.4 Persönliche Voraussetzungen Bitte beantworten, falls das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde.																										
4.4.1 Elternteil 1																										
Liegt eine volle Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) vor?																										
<input type="checkbox"/> Ja <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung Bitte entsprechenden Bewilligungsbescheid (Rentenbescheid) beifügen.																										
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Folgende zwingende Gründe verhindern die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit: _____ _____ _____ _____ _____																										

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

4.4.2 Elternteil 2

Liegt eine volle Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) vor?

Ja

Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Rente wegen Berufsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Bitte entsprechenden **Bewilligungsbescheid** (Rentenbescheid) beifügen.

Nein

Folgende **zwingende** Gründe verhindern die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit:

5.) Andere Leistungen

Bitte Unterlagen zu Art, Beginn, Änderung und Höhe beifügen

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

5.1 Elternteil 1

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

Nein | zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)

Ja | **Postrentennummer** oder Versicherungsnummer

5.1.2 Hinterbliebenenversorgung nach **beamtenrechtlichen** Vorschriften

Nein | Versorgungsdienststelle

Ja | Aktenzeichen

5.1.3 Witwen- / Witwerrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung**

(Auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben!)

Nein | Bezugszeitraum von – bis / beantragt am | Jahr der Abfindung

Ja | zahlende Stelle

Aktenzeichen, **Zahlzeichen**, eventuell **Postrentennummer**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



5.1.4 Hinterbliebenenversorgung vom Versorgungsamt, Landschaftsverband	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
5.1.5 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld vom Jobcenter	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am
	zahlende Stelle
	Art der Leistung
	Aktenzeichen
5.1.6 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialleistungsträger	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am
	zahlende Stelle
	Art der Leistung
	Aktenzeichen
5.1.7 Sonstige Leistungen	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am
	zahlende Stelle
	Art der Leistung
	Aktenzeichen
5.2 Elternteil 2	
5.2.1 Witwen- / Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)
	Postrentennummer oder Versicherungsnummer

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

5.2.2 Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften		
<input type="checkbox"/> Nein	Versorgungsdienststelle	
<input type="checkbox"/> Ja	Aktenzeichen	
5.2.3 Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben!)		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	Jahr der Abfindung
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen , Zahlzeichen , eventuell Postrentennummer	
5.2.4 Hinterbliebenenversorgung vom Versorgungsamt , Landschaftsverband		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen	
5.2.5 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld vom Jobcenter		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Art der Leistung	
	Aktenzeichen	
5.2.6 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialleistungsträger		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Art der Leistung	
	Aktenzeichen	

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

5.2.7 Sonstige Leistungen	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am
	zahlende Stelle
	Art der Leistung
	Aktenzeichen

6.) Einkommen

Bitte Unterlagen zu Art, Beginn und Höhe beifügen

6.1 Elternteil 1	
6.1.1 Erwerbseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit, beamtenrechtlichen oder –ähnlichem Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte „Verdienstbescheinigung Arbeitgeber oder Dienstherr“ beifügen.	
6.1.2 Erwerbseinkommen aus selbstständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte aktuellen Steuerbescheid beifügen.	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6.1.3 Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (außer unter 5.1 genannte) zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)
	Postrentennummer oder hilfsweise Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6.1.4 Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften Versorgungsdienststelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6.1.5 Rente aus einer berufsständischen Altersversorgung (z.B. Landwirtschaftliche Alterskasse, Apotheker-Versorgungswerke) zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6.1.6 Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6.1.7 Rente aus der betrieblichen Altersversorgung des öffentlichen Dienstes (z.B. VBL, AKA, VKA) Versorgungsanstalt
	Postrentennummer oder Zahlzeichen bzw. Versicherungsnummer

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

6.2 Elternteil 2	
6.2.1 Erwerbseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit, beamtenrechtlichen oder -ähnlichem Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte „Verdienstbescheinigung Arbeitgeber oder Dienstherr“ beifügen.	
6.2.2 Erwerbseinkommen aus selbstständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte aktuellen Steuerbescheid beifügen.	
6.2.3 Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (außer unter 5.1 genannte) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)
	Postrentennummer oder hilfsweise Versicherungsnummer
6.2.4 Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versorgungsdienststelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
6.2.5 Rente aus einer berufsständischen Altersversorgung (z.B. Landwirtschaftliche Alterskasse, Apotheker-Versorgungswerke) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
6.2.6 Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
6.2.7 Rente aus der betrieblichen Altersversorgung des öffentlichen Dienstes (z.B. VBL, AKA, VKA) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versorgungsanstalt
	Postrentennummer oder Zahlzeichen bzw. Versicherungsnummer
6.2.8 Rente aus einer betrieblichen Altersversorgung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer
6.2.9 Versorgung vom Versorgungsamt , Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	zahlende Stelle
	Aktenzeichen oder Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

7.) Erklärung der/des Antragstellenden

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, das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Referat VII 2.3 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 Bankverbindung ändert.

Die Merkblätter "Leistungen der Kriegsoffiziersfürsorge – KOF“ und „Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung – HuK“ habe ich zur Kenntnis genommen bzw. erhalten. (Beide Merkblätter sind einsehbar unter www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht.)

Falls Sie auf Grund der anerkannten Wehrdienstbeschädigung der/des Verstorbenen nach § 10 Absatz 4 BVG einen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenden sich bitte an das Referat Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung (HuK) Referat VII 2.4.

Elternteil 1

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden

Elternteil 2

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden

8.) Anlagen

Zu den unter Ziffer 5 und 6 genannten Leistungen bzw. Einkommen ist jeweils ein Nachweis ab Folgemonat des Todes der/des Verstorbenen und falls Änderungen eingetreten sind ein aktueller Nachweis (Rentenbescheid etc.) beizufügen

Es ist beigefügt:

- Sterbeurkunde (beglaubigte Kopie)
- Geburtsurkunde der verstorbenen Soldatin/des verstorbenen Soldaten (beglaubigte Kopie)
- Eheurkunde (beglaubigte Kopie) / Lebenspartnerschaftsurkunde (beglaubigte Kopie)
- Scheidungsurteil
- Erklärung zur Bankverbindung
- Erklärung zur Einwilligung von Finanzauskünften

Falls Sie weitere Anlagen beifügen, vermerken Sie diese bitte auf der Rückseite.