

# Ingenieurversorgung Mecklenburg-Vorpommern

Versorgungswerk der Ingenieurkammer Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ingenieurversorgung M-V • Demmlerstr. 17 • 19053 Schwerin

Telefon: 0385/55837-76 bis -80 / Fax:-82

e-mail: info@ingenieurversorgung-mv.de

## Antrag auf Hinterbliebenenrente

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus,  
damit wir umgehend über Ihre beantragte Leistung  
entscheiden können!

Zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrages  
können weitere Unterlagen nachgefordert werden.

Eingangsstempel der Ingenieurversorgung M-V

### 1. Beantragte Rente

Witwenrente / Witwerrente

Waisenrente/ Bitte Vordruck beifügen!

### 2. Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum 		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Sterbedatum 		letzte Beschäftigungsart / Tätigkeit (genaue Berufsbezeichnung)	

### 3. Angaben zur Person der Witwe / des Witwers

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum 		Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort		telefonisch tagsüber erreichbar	
derzeitige Adresse: PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Tag der Eheschließung (Tag, Monat, Jahr)		Bestand diese Ehe bis zum Tod des Versicherten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### 4. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
Anschrift: Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer	
telefonisch tagsüber zu erreichen	Telefax

**5. Zahlungsweg: Die Rente soll auf mein Konto überwiesen werden.**

Geldinstitut: Name, Ort	
BIC _ _ _ _ _ / _ _ _	IBAN DE_ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

**6. Kranken- und Pflegeversicherung****6.1 Angaben zur Krankenversicherung gem. § 202 SGB V**

Name / Anschrift der KK / Privaten KV	Art der Versicherung																						
	Mitglied pflichtig	freiwillig	Familienversichert	Privat																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<b>Sozialversicherungsnummer:</b>																							
<table border="1"> <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> </tr> </table>																							

**6.2 Angaben zur Pflegeversicherung gem. § 202 SGB V**

6.2.1 Elterneigenschaft
liegt Elterneigenschaft vor: ( zutreffendes bitte ankreuzen ) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachweis zur Elterneigenschaft: Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder
Nachweise sind notwendig zur Bestimmung der Höhe der Beitragszahlung in der Pflegeversicherung oder ggf. auch zur Bestimmung der Zahlung eines Kinderlosenzuschlages.
6.2.2 Beihilfe
Sind Sie beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**7. Rentenbezugsmitteilung an das Bundeszentralamt für Steuern**

Gemäß EStG haben berufsständische Versorgungseinrichtungen gezahlte Leistungen nach dem EStG der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden. Die Übermittlung erfolgt über die persönliche Steuer-Identifikationsnummer des Renten-Antragstellers.

**Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer:**

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

**8. Sonstige Angaben**

Hat der/die verstorbene Versicherte früher eine Rente bezogen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von - bis
	Rentenart, Versicherungsträger

Ist der Tod des Versicherten durch Unfall oder durch andere Personen verursacht worden?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unfalltag	Unfallursache / Todesursache
	Aktenzeichen	Anerkannt von welcher Stelle?
<b>Wenn <u>nein</u>, dann bitten wir um Angaben zur Todesursache!</b>		

## 9. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

*Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. **Mir ist bekannt**, dass wissentlich falsche oder unterlassene Angaben zu rechtlichen Konsequenzen, der Einstellung der Leistung und gegebenenfalls zu Rückforderungsansprüchen führen können.*

*Ich verpflichte mich, die Ingenieurversorgung Mecklenburg-Vorpommern nach Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen.*

### 9. Daten

*Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Bearbeitung meines Rentenantrages elektronisch gespeichert werden. Eine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner Zustimmung.*

#### Als Anlagen sind beizufügen:

- Sterbeurkunde
- Heiratsurkunde
- Kopie des Personalausweises der Antragstellerin / des Antragstellers
- Nachweis Elterneigenschaft (Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift