

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern  
Gutenberghof 7  
30159 Hannover

## Antrag auf Witwen-/Witwerrente

### 1. Personalien des verstorbenen Mitgliedes

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Todestag: \_\_\_\_\_

### 2. Personalien der Witwe/des Witwers/des eingetragenen Lebenspartners

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Tag der Eheschließung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tag der Begründung der  
Lebenspartnerschaft: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

3. War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner vor  
der Ehe mit Ihnen schon einmal verheiratet:  ja  nein

wenn ja, Anschrift - ggf. Sterbeurkunde - des früheren Ehepartners

Name : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner dem  
früheren Ehepartner gegenüber unterhaltspflichtig:  ja  nein

### 4. Nur vom früheren Ehepartner auszufüllen:

War Ihre Ehe geschieden:  ja  nein

Seit wann: \_\_\_\_\_

War Ihr früherer Ehepartner Ihnen gegenüber  
unterhaltspflichtig:  ja  nein

**5. Todesursache**

natürlicher Tod  Tod durch Selbsttötung\*

Wurde der Tod des verstorbenen Mitgliedes durch Unfall\* oder schuldhaft durch andere Personen\* verursacht?

ja  nein

Wenn ja, ist hieraus ein Anspruch auf Schadenersatz entstanden?

ja (*bitte Unterlagen einreichen*)  nein

\*Name, Anschrift und Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft:

---

---

**6. Kranken- und Pflegeversicherung**

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung  
(*bitte **aktuellen** Nachweis beifügen*)

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse: \_\_\_\_\_

---

Rentenversicherungsnummer:                 
(*kann bei der Krankenkasse erfragt werden*)

Haben Sie leibliche Kinder oder ein Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind?

ja  nein

**Hinweis:** Wenn ja, zahlen Sie einen geringeren Pflegeversicherungsbeitrag.

**7. Beantragen Sie für den verstorbenen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner die Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung:**  ja  nein

**Hinweis:** Nur möglich, wenn nicht bereits eine Rente geleistet wird.

Wenn ja, bitte Antrag auf Feststellung von Zeiten der Kinderbetreuung ausfüllen (nur möglich für Zeiten ab Mitgliedschaftsbeginn).

Sind Sie Mitglied der **Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern:**  ja  nein

Ihre Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Wurden von Ihnen während Ihrer Mitgliedschaft in der **Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern** Kinderbetreuungszeiten beantragt:  ja  nein

**8. War Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Hat Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?**

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Wurde bei einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenantrag gestellt?**

ja, am \_\_\_\_\_  nein

**11. Bezog Ihr verstorbener Ehepartner/eingetragener Lebenspartner von einem der unter Punkt 8 bzw. unter Punkt 9 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

