



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Erklärung über Ansprüche auf Hinterbliebenenrente

Zutreffendes bitte ankreuzen

Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Bezüge benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer / AG

Neben meiner Hinterbliebenenversorgung habe ich Anspruch / Anwartschaft auf nachfolgend unter Nr. 1 bis 8 genannte **Hinterbliebenenrenten bzw. Hinterbliebenenleistungen:** (Nicht anzugeben sind Renten aus eigener Beschäftigung).

	Ja	Nein	beantragt
1. Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rente aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes (z.B. VBL, ZVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rente aus einer gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leistungen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leistungen aus einer befreienden Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leistungen aus einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leistungen aus einer ausländischen Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sonstige Renten / Versorgungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die nach Ziffer 1 bis 8 genannte Leistung habe ich eine Kapitalleistung, Beitragserstattung oder Abfindung erhalten

Ja Nein beantragt

Ich habe auf eine der in Ziffer 1 bis 8 genannten Leistungen ausdrücklich verzichtet bzw. keine dieser Leistungen trotz Bestehens eines Anspruchs beantragt

Ja Nein

Die Rente / Leistungen erhalte ich von Renten- /Leistungsträger: _____

Versicherungsnummer/Az.: _____

Nachweise und Unterlagen habe ich vollständig beigefügt
werde ich nachreichen

Ich bin verpflichtet, jede Änderung gegenüber den oben gemachten Angaben unaufgefordert und unverzüglich anzuzeigen. Es ist mir bekannt, dass solche Änderungen möglicherweise eine Kürzung oder die Festsetzung niedriger Versorgungsbezüge zur Folge haben, ich überzahlte Versorgungsbezüge zurückzahlen muss und im Falle einer Überzahlung meiner Versorgungsbezüge ich mich nicht auf den Wegfall der Bereicherung berufen kann.

Datum, Unterschrift

**Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach**

LBV 232h - 09/18