



### Antrag auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung

(Witwen, Witwer und Waisen)

nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer  
 des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG - )

**I. Es wird Hinterbliebenenversorgung beantragt nach** *Bitte zutreffendes ankreuzen!*

- § 38 BVG (Witwen- und Waisenversorgung)
- § 42 BVG (Witwenversorgung nach geschiedener, aufgehobener oder nichtiger Ehe)
- § 43 BVG (Witwerversorgung)
- § 44 BVG (Wiederaufleben der Witwenversorgung nach dem 1. Ehemann)
- § 48 BVG (Witwen- Waisenbeihilfe)
- § 52 BVG (Hinterbliebenenversorgung wegen Verschollenheit)

**II. Angaben zur Person des/der Verstorbenen/ Verschollenen:**

1. Familienname, Vorname, (Geburtsname):	
2. Geburtstag:	
3. Geburtsort, Kreis, Land:	
4. Berufssoldat	ja <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">nein <input type="checkbox"/></span>
5. Zuletzt ausgeübter Beruf	
6. Letzter Wohn- oder Aufenthaltsort (Anschrift) vor der Einberufung bzw. am 01.09.1939	
7. Dauer des militärischen oder militärähnlichen Dienstes:	Von.....bis.....
8. Letzter Truppenteil oder militärischer Verband: - bei Dienstleistungen in einer fremden Wehrmacht bitte diese benennen -	
9. Feldpostnummer:	
10. Todestag, Todesort: Todesursache: Beurkundung beim Standesamt in unter Nr.:	..... ..... .....
11. Bezog der/die Verstorbene bereits Leistungen nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen	nein <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">ja <input type="checkbox"/></span> vom Versorgungsamt/Landratsamt ..... Aktenzeichen: .....
<b>12. Nur bei Verschollenen:</b>	
12.1 Von welchem Tag ist die letzte Nachricht, die von ihm/ihr oder über ihn/sie eingegangen ist?	
12.2 Wann und bei welcher Stelle wurden Nachforschungen nach dem/der Verschollenen angestellt (Bei Todeserklärung bitte Beschluss des Amtsgerichts beifügen)?	
12.3 Liegt Ihnen eine Auskunft des Suchdienstes des DRK vor; ggf. bitte beifügen?	ja <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">nein <input type="checkbox"/></span>

III. Angaben zur eigenen Person (Witwe/Witwer)	
1. Familienname:  Vorname:  ggf. Geburtsname:	..... .....
2. Geburtstag:	
3. Geburtsort:  Kreis:  Land:	..... .....
4. PLZ,  Wohnort,  Straße und Hausnummer:	..... ..... .....
5. Staatsangehörigkeit:	
6. Eheschließung mit dem/der Verstorbenen/Verschollenen	am ..... in ..... War es für Sie die 1. Ehe <input type="checkbox"/> 2. Ehe <input type="checkbox"/> ?
6.1 Ist diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ( <i>bitte gerichtliches Urteil beifügen</i> )
7. Hatten oder haben sie sich danach wiederverheiratet: ggf. wann und mit wem?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  am ..... mit .....
	am ..... mit .....
7.1 Wurde(n) diese neue(n) Ehe(n) aufgelöst (Scheidung, Aufhebung, Tod) oder für nichtig erklärt?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am .....  am ..... <i>ggf. bitte Gerichtsurteil beifügen</i>

IV. Angaben zu Waisen (Kindern) des/der Verstorbenen/Verschollenen, für die Versorgung beantragt wird:					
Familiename *ggf. auch Geburtsname	Vorname	Geburtstag	Angaben, ob ehelich, für ehelich erklärt, an Kindes statt angenommen, Stief-, Pflegekind, nichtehelich	Familienstand (nicht verheiratet, verh., verw., gesch.)	Bei Waisen über 18 Jahren bitte angeben, ob sie in Schul – oder Berufsausbildung stehen oder gebrechlich sind
1.					
2.					
3.					
4.					
Ist für die Waisen/Kinder ein Vormund oder Betreuer bestellt?			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
ggf. bitte Name und Anschrift angeben:			..... ..... .....		

*\*(hier auch Waisen angeben, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, jedoch noch in Schul- oder Berufsausbildung stehen oder die gebrechlich sind)*

#### V. Sonstige Angaben

1. Beziehen Sie Renten aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliche Hinterbliebenenversorgung oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle? nein  ja  von .....Aktenzeichen:.....
2. Haben Sie schon früher einen Antrag auf Versorgung gestellt?  
nein  ja , bei (geben Sie bitte hier die Anschrift der Behörde und das Aktenzeichen an):  
.....
3. Haben Sie einen Antrag auf Gewährung von **Beschädigten- Elternversorgung** – gestellt?  
nein  ja , am ..... beim Versorgungsamt/Landratsamt .....  
 Ich beziehe seit .....Beschädigten- Elternrente unter dem Renten-/ Aktenzeichen: ..... beim Versorgungsamt/Landratsamt.....
4. Bankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:  
IBAN ..... bei der ..... BIC.....

**VI. Erklärung:**

1. Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderung in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden  
- Ärzten wegen der Gesundheitsstörungen meines verstorbenen Ehemanns/Vaters zu II. 10

.....  
.....  
.....

- Kuranstalten / Krankenhäusern wegen der Gesundheitsstörungen meines verstorbenen Ehemanns/Vaters zu II. 10

.....  
.....  
.....

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht; sofern die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind.

**Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

3. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung und anderen Stellen wegen der Gesundheitsstörungen meines verstorbenen Ehemanns/Vaters zu II. 10 und V. 1

.....  
.....  
.....

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre oder die gesundheitlichen Verhältnisse des Verstorbenen betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigefügt (bitte alle Angaben möglichst belegen, z.B. durch Todesmitteilung oder Vermisstenanzeige der Truppe, Wehrpass, Soldbuch, Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen, Betreuungsurkunden usw.):

.....  
.....

....., den .....  
(Ort) (Datum)

.....  
(eigenhändige Unterschrift des Antragstellers  
Vor- und Zuname)

**Anlage: Hinweise zum Datenschutz**

**Hinweis für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik**

**Deutschland:** Geht dieser Antrag bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit Eingangstempel oder –vermerk zu versehen. Über mündliche Anträge ist stets eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unverzüglich dem zuständigen Landratsamt (Versorgungsamt) abzugeben (§ 16 Sozialgesetzbuch Erstes Buch)

### Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Ihre Angaben (Daten) werden für die Prüfung Ihres Antrages auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung nach dem BVG benötigt.

Ihre Angaben sind freiwillig. Sie sind jedoch nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Versorgungsleistungen können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Prüfung eines Versorgungsanspruchs und ggf. zur Gewährung von Versorgungsleistungen mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung **widersprechen**.

Ihre Rechte:

- Sie können Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können eine Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unrichtig sind.
- Sie können verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, sofern sie unvollständig sind.
- Sie können eine Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern sie nicht mehr benötigt werden.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen** (allerdings nicht rückwirkend).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- Verantwortliche Stelle  
Landratsamt Böblingen  
Versorgungsamt  
Fritz-Elsas-Straße 30, 70174 Stuttgart  
[versorgungsamt@lrabb.de](mailto:versorgungsamt@lrabb.de)  
Tel.: 0711/6673 - 7500
- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:  
Landratsamt Böblingen  
Parkstr. 16, 71034 Böblingen  
[datenschutz@lrabb.de](mailto:datenschutz@lrabb.de)  
Tel.: 07031/663 - 2631
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart  
Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,  
Abteilung 10  
Landesversorgungsamt  
Ruppmannstr. 21  
70565 Stuttgart  
Telefon 0711 904-0