

**Deutsche Telekom Services Europe  
HR-Kundenservice  
Postfach 40 01 51  
50831 Köln**

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie Teil A ausfüllen und eigenhändig unterschreiben. Beachten Sie bitte die anhängenden Erläuterungen, die Ihnen das Ausfüllen des Antrags erleichtern sollen. Wenn Ihnen das Ausfüllen des Antragsvordruckes trotzdem Schwierigkeiten bereiten sollte, wird Ihnen der frühere Arbeitgeber des/der Verstorbenen dabei sicher gerne behilflich sein.

**Hinweis zum Datenschutz:** Die in diesem Antrag erfragten Daten benötigt die VAP zur Feststellung Ihres Anspruchs sowie zur Berechnung und Zahlung der Leistungen. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.

Ohne diese Angaben ist die Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich.

Detaillierte Informationen zum Datenschutz bei der VAP oder bei Beschwerden in Bezug auf Datenschutz bei der VAP können Sie der Homepage [www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf](http://www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf) entnehmen.

Auf besondere Anforderung können Sie diese Information auch in Schriftform erhalten.

## Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Dieser Antrag gilt auch für Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.  
Felder, die Ehe und Familienstand der Witwe/des Witwers betreffen, gelten entsprechend.

VAP-Versichertennummer des/der Verstorbenen oder  
VAP-Rentennummer des/der Verstorbenen

Angaben zur Person des/der Hinterbliebenen		
1	Name, Vorname	Geburtsname
2	Straße, Hausnummer	
3	Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
4	Tag der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen	
5	Steuerliche Identifikationsnummer	Telefon (Vorwahl und Rufnummer)
6.1	Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)  Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen. Haben oder hatten Sie Kinder	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Sollten alle Kinder das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, genügt der Nachweis für eines der Kinder.	
	<b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)	



**Beantragte Leistung**

21	<p>Ich beantrage Versorgungsrente für</p> <p><input type="checkbox"/> Witwen    <input type="checkbox"/> Witwer    <input type="checkbox"/> Geschiedene (früherer Ehegatte)</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalig    <input type="checkbox"/> Wiederaufleben</p> <p><input type="checkbox"/> Waisen</p> <p>Für jede volljährige Waise bitte ein Blatt "Zusatzangaben der volljährigen Waise" ausfüllen.</p>		
	Name und Vorname(n) der Waisen	Geburtsdatum	Steuerliche Identifikationsnummer
22	<input type="checkbox"/> Soweit dem/der Verstorbenen zustehende Rentenbeträge noch nicht ausgezahlt wurden, verlange ich deren Auszahlung.		
23	Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wurden beantragt am: _____ (bitte Nachweis beifügen)		
	<input type="checkbox"/> DRV	<input type="checkbox"/> sonstige Versorgungseinrichtung (z. B. Ärztekammer...) _____	
24	Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung _____		
25	Ist der Tod wegen der Folgen eines Arbeits- oder Dienstunfalls eingetreten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

**Weitere Versicherungsverhältnisse oder weitere Ansprüche auf Rente**

26	Sind oder waren Sie bei der VAP aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer _____		
27	Erhalten Sie bereits eine VAP-Rente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer _____ von <input type="checkbox"/> Deutsche Post AG, NL Renten Service von <input type="checkbox"/> Deutsche Telekom AG		
28	Sind Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer _____ (Bitte Nachweis beifügen) Anschrift der ZVE: _____		
29	Erhalten Sie oder haben Sie Anspruch auf Rente/Hinterbliebenenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ unter dem Zeichen/der Nummer _____ (Bitte Nachweis beifügen) Anschrift der ZVE: _____		

<b>Angaben über weitere Einkünfte</b>	
30	<p>Beziehen Sie Arbeitseinkünfte/Dienstbezüge?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)
	monatlich _____ EUR vom Arbeitgeber _____ (Name und Anschrift)
	monatlich _____ EUR als Selbständiger
31	Beabsichtigen Sie ein Arbeitsverhältnis zu begründen oder eine selbständige Tätigkeit aufzunehmen?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
32	Erhalten Sie laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungähnliche Bezüge?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Anschrift und Aktenzeichen/Vers.-Nr.: _____
33	Beziehen Sie eine Entschädigung oder ein Übergangsgeld nach einem Abgeordnetengesetz oder entsprechender gesetzlicher Regelungen?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)
34	Beziehen oder beantragen Sie Leistungen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja von (Name des Trägers und Anschrift): _____
	Aktenzeichen: _____
<b>Sonstige Angaben</b>	
35	Wurde aufgrund einer Ehescheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts/Familiengericht
36	Steht der Tod im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch andere Personen verursacht oder mitverursacht worden ist (z. B. durch Verkehrsunfall, Wegeunfall, tödlichen Angriff, Unfall mit Tieren, ärztlicher Behandlungsfehler)?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Unfalltag _____
	Name und Anschrift des Schädigers: _____
	Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers (ggf. Aktenzeichen): _____

## **Zusatzangaben der volljährigen Waise**

<b>Angaben zur Person</b>			
37	Name, Vorname		Geburtsdatum
38	Straße, Hausnummer		
39	Postleitzahl, Wohnort		Telefon (Vorwahl und Rufnummer)
40	Steuerliche Identifikationsnummer:		
41	Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift und Mitgliedsnummer der Krankenversicherung:  Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.  Haben oder hatten Sie Kinder <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). <b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)?		
<b>Bankverbindung</b>			
42	<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Überweisung auf das unter den Ziffern 17-20 angegebene Konto einverstanden.		
43	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:		
44	BIC/SWIFT-Code:		
	IBAN:		
45	Name und Ort des Geldinstitutes:		
46	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.		
<b>Weitere Angaben zum Antrag auf Waisenrente</b>			
47	Beziehen Sie/haben Sie Anspruch auf Rente/Waisenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter dem Zeichen/der Nummer _____		
	Anschrift der ZVE:		
48	Beziehen Sie Arbeitsentgelt/Dienstbezüge? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen) _____ Euro		
	von Arbeitgeber (Name, Anschrift):		

## Erklärung der antragstellenden Person

Ich erkläre, dass ich

- alle Fragen richtig und vollständig beantwortet habe,
- die mir gegen Dritte zustehenden Schadensersatzansprüche in der Höhe an die VAP abtreten werde, in der mir die VAP aufgrund des dem Schadensersatzanspruch zugrunde liegenden Schadensereignisses Leistungen oder erhöhte Leistungen gewährt. Meine Schadensersatzansprüche werde ich insoweit nicht abfinden lassen.
- **mit der Anforderung der für das Bestehen des Rentenanspruchs und dessen Höhe notwendigen Daten der gesetzlichen Sozialleistungsträger durch die VAP unmittelbar bei den Sozialleistungsträgern einverstanden bin (Rentenbescheid des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, Zahlbetrag der aktuellen gesetzlichen Rente).**

Ich verpflichte mich,

- die mir mit der Mitteilung der VAP über die Erstberechnung der Versorgungsrente zugehenden Hinweise auf die Anzeigepflicht nach § 63 der VAP-Satzung zu beachten und diesen nachzukommen,
- unter Berücksichtigung der Anzeigepflichten (§ 63 VAP-Satzung) die VAP unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Anspruch auf Versicherungsrente berühren.

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ruht oder wegfällt.

- die aufgrund einer Verletzung einer Anzeigepflicht zu viel gezahlten Rentenbeträge an die VAP zurückzuzahlen,
- **der Deutschen Telekom Services Europe – HR-Kundenservice – unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen.**

Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge an die Deutschen Telekom Services Europe – HR-Kundenservice – für Rechnung des Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann nur von mir - nicht jedoch von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden.

- **mein kontoführendes Geldinstitut vom Bankgeheimnis zu entbinden, soweit dies für die Klärung und Realisierung eines Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.**

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

## Einwilligungserklärung zur Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift

Die nachstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Antragsbearbeitung. Eine Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift erfolgt nur, wenn Sie die Antwort „Ja“ ankreuzen und unterschreiben.

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift an die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften (§ 2, Abs. 1 und Anh. 1 zu § 2 der VAP-Satzung) für die Zusendung von Informationsmaterial weitergegeben werden:**

(Bitte je Unterschrift ankreuzen)

Nein       Ja

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

Nein       Ja

(Unterschrift)

Nein       Ja

\_\_\_\_\_

(Unterschrift der volljährige Waise)

Nein       Ja

(Unterschrift der volljährige Waise)

\_\_\_\_\_

**Verzeichnis der Anlagen, die dem "Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene" beigefügt sind (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

<input type="checkbox"/>	Sterbeurkunde des/der Versicherten bzw. Rentenempfängers/Rentenempfängerin
<input type="checkbox"/>	Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde(n) der rentenberechtigten Waise(n)
<input type="checkbox"/>	Nachweis, dass die gesetzliche Rente beantragt wurde
<input type="checkbox"/>	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Gewährung einer Rente
<input type="checkbox"/>	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Ablehnung oder das Versagen einer Rente
<input type="checkbox"/>	Abtretungsvereinbarung
<input type="checkbox"/>	Nachweis der Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/>	Bezügemitteilung über Lohn/Gehalt des/der verstorbenen Versicherten im Sterbemonat bzw. Bescheinigung über die Höhe des Regelentgelts (nur Corpus Asset Wohnen GmbH)
<input type="checkbox"/>	Bescheid(e) über die Gewährung von Rente(n) aus einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung bzw. Nachweis über die laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Höhe jeglicher Arbeitseinkünfte
<input type="checkbox"/>	Nachweis(e) über erworbene Unterhaltsansprüche nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Witwengeld, Unterhaltsbeitrag)
<input type="checkbox"/>	Nachweis(e) über erworbene Unterhaltsansprüche von der/dem geschiedenen Ehefrau/Ehemann
<input type="checkbox"/>	Entscheidung über den Versorgungsausgleich
<input type="checkbox"/>	Bescheid des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung/der Unfallkasse PT
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Höhe der zuletzt durch den Verstorbenen bezogenen gesetzlichen Rente
<input type="checkbox"/>	Belege zur Erklärung der Verschollenheit des/der Versicherten
<input type="checkbox"/>	Betreuerausweis über Pflegschaft/Betreuungsverhältnis
<input type="checkbox"/>	Nachweis über private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/>	

## Erläuterungen zum Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene

Die VAP führt die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer für die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften durch. Die Versorgungsrente wird aufgrund tarifvertraglicher Regelungen in Verbindung mit der Satzung der VAP gewährt. Für die Berechnung gilt das Prinzip der Gesamtversorgung. Dabei ist Versorgungsrente der Betrag, der sich nach Abzug der Grundversorgung (z. B. gesetzliche Rente) von der Gesamtversorgung ergibt.

Anspruch auf Versorgungsrente für Hinterbliebene besteht, wenn der/die Pflichtversicherte zum Zeitpunkt seines/ihres Todes die Wartezeit erfüllt hat. Darüber hinaus besteht Anspruch auf Versorgungsrente für Hinterbliebene, wenn der/die Verstorbene zum Zeitpunkt seines/ihres Todes bereits Versorgungsrente erhalten hat.

### Geschäftsbesorgung

Die Bearbeitung der Anträge auf Leistungen der VAP sowie deren Auszahlung (Überweisung) erfolgt durch die Deutsche Telekom Services Europe, HR-Kundenservice, Postfach 40 01 51, 50831 Köln.

Die Berechnung und ggf. Anpassung der Leistungen sowie der Versand der entsprechenden Mitteilungen erfolgt im Auftrag der Deutschen Telekom AG durch die Firma Willis Towers Watson GmbH, Postfach 28 07, 72718 Reutlingen.

### VAP-Versichertennummer

Die VAP-Versichertennummer ist in den Versicherungsunterlagen (z. B. Anmeldebestätigung, Abmeldung) angegeben. Ist Ihnen die Versichertennummer nicht bekannt, kann die Eintragung entfallen.

### VAP-Rentennummer

Die VAP-Rentennummer ist ggf. aus der letzten Rentenmitteilung zu ersehen.

### Zu den Ziffern 5, 21 und 40: Steuerliche Identifikationsnummer

Geben Sie hier die 11-stellige Identifikationsnummer (IdNr) nach § 139 b Abgabenordnung (AO), die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilt wurde, an. Sie finden Ihre IdNr auf dem Einkommensteuerbescheid, auf Ihrer Lohnsteuerbescheinigung oder im Informationsschreiben Ihres Finanzamtes.

### Zu Ziffer 6: Krankenkasse und Pflegekasse

Die Renten der VAP unterliegen der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung soweit bei Ihnen eine Pflichtversicherung besteht. Die VAP ist daher verpflichtet, von diesen Renten den Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag einzubehalten und an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse abzuführen.

Die Angabe der Mitgliedsnummer der Krankenkasse und Pflegekasse ist zwingend erforderlich. Dies betrifft nicht freiwillig Versicherte oder privat Kranken- und Pflegeversicherte.

Aufgrund des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes vom 15.12.2004 müssen Kinderlose der Geburtsjahrgänge nach 1939, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung zahlen.

Neben leiblichen und adoptierten Kindern gelten unter besonderen Voraussetzungen auch Stief- und Pflegekinder als Kinder im Sinne dieses Gesetzes. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die antragsbearbeitende Stelle.

### Zu den Ziffern 17 bis 20: Bankverbindung

Die IBAN- und BIC-Kennzahl finden Sie auf Kontoauszügen Ihrer Bank.

### **Zu Ziffer 21: Beantragte Leistung**

Anspruchsberechtigt sind

- die Witwe,
- der Witwer
- der/die eingetragene Lebenspartner/in sowie
- die Kinder des/der Verstorbenen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ferner sind anspruchsberechtigt

- die geschiedene Ehefrau, wenn die Ehe vor dem 01.07.1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde und die Ehefrau nicht wieder geheiratet hat. Dies gilt nur, wenn die Ehe aus alleinigem oder überwiegendem Verschulden des Verstorbenen geschieden wurde und der Verstorbene im letzten Jahr vor seinem Tode Unterhalt geleistet hat oder zum Unterhalt verpflichtet war.
- die volljährige Waise, wenn und solange sie eine entsprechende gesetzliche Rente erhält.

### **Zu Ziffer 23: Berufsständische Versorgungseinrichtung**

Berufsständische Versorgungen sind beispielsweise die Architektenversorgung und die Versorgung der Rechtsanwälte.

### **Zu den Ziffern 28 und 29 Zusatzversorgungseinrichtungen**

Zusatzversorgungseinrichtungen (ZVE) sind z. B. die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), die Bundesbahnversicherungsanstalt Abteilung B sowie die kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungskassen.

### **Zu Ziffer 33: Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge**

Versorgungsbezüge oder versorgungsähnliche Bezüge sind alle Rentenzahlungen, die - neben der Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung und der VAP - aufgrund eines früheren Dienst- oder Arbeitsverhältnisses gewährt werden.

### **Zu Ziffer 35: Versorgungsausgleich**

Ein Versorgungsausgleich könnte durchgeführt worden sein, wenn eine frühere Ehe des/der Verstorbenen geschieden wurde.

### **Zu Ziffer 41: Krankenkasse und Pflegekasse**

Siehe Erläuterung zu Ziffer 6.

### **Zu den Ziffern 42 bis 46: Bankverbindung**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 17-20.

### **Zu Ziffer 47: Zusatzversorgungseinrichtungen**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 28 und 29