

## Antrag auf Gewährung einer HINTERBLIEBENENPENSION

Zu richten an : **CNAP**  
**L-2096 Luxembourg**

### 1. Angaben über den Antragsteller

Geburtsname:	.....
Ehename:	.....
Vornamen (Rufname bitte unterstreichen):	.....
Geburtsort:	.....
Geburtsdatum:	..... Nationalität: .....
Sozialversicherungsnummer:	.....
Zivilstand:	ledig    verheiratet    verwitwet    geschieden    getrennt wiederverheiratet    eingetragene Partnerschaft    aufgelöste Partnerschaft
Adresse:	Land: ..... -                                    Ortschaft: ..... (Postleitzahl)
Hausnummer und Straße:	.....
Telefonnummer:	..... Handynummer: .....
Kontonummer:	<b>Obligatorisch beizufügen ist ein Kontoausweis von Ihrem Bankinstitut</b>

Verwandtschaftsverhältnis mit dem (der) verstorbenen Versicherten:	Witwe / Witwer / Partner geschieden anderes Verwandtschaftsverhältnis Waise / Vormund der Waisen
Datum und Ort der Eheschließung / Partnerschaft mit dem (der) verstorbenen Versicherten:	.....
Wurde diese Ehe geschieden / Partnerschaft aufgelöst?	ja            nein
Wenn ja, Datum der Scheidung / Auflösung	.....

Waren Sie mehrmals verheiratet / in Partnerschaft?            ja            nein

Wenn ja, machen Sie bitte folgende Angaben über den Ehepartner / Partner :

Name und Vornamen:	.....
Geburtsort und -datum:	.....
Ort und Datum der Eheschließung / Partnerschaft:	.....
Datum der Ehescheidung / Auflösung der Partnerschaft:	.....
Sterbeort und -datum:	.....

Haben Sie mit dem (der) Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt?            ja            nein

War Ihr Lebensunterhalt zu Lasten des (der) Verstorbenen?            ja            nein

Sind Sie berufstätig?            ja            nein            entlohnt            selbständig

Gegebenenfalls Name und Anschrift des Arbeitgebers: .....

## 2. Angaben über den Bezug von Pensionen oder Renten des Antragstellers

Beziehen Sie zurzeit eine Pension seitens einer der folgenden luxemburgischen Pensionsversicherungen ? ja nein

Staat oder öffentlicher Dienst  
 Gemeindebeamtenkasse  
 Eisenbahnerkasse (CFL)  
 Zentralbank (BCL)

Beziehen Sie Leistungen seitens der folgenden Stellen oder haben Sie bei diesen einen Antrag auf Leistungen gestellt? ja nein

Nationaler Solidaritätsfonds  
 Sozialamt der Gemeinde  
 Arbeitslosenfürsorgefonds in Luxemburg oder im Ausland

Beziehen Sie eine Pension oder Rente seitens einer ausländischen oder internationalen Sozialversicherungsanstalt? ja nein

Wenn ja, bitte Namen und Adresse der Versicherungsanstalt angeben: .....

## 3. Auskünfte betreffend die Waisen

**Bitte nur die Kinder angeben für die eine Waisenpension gewährt werden kann, nämlich: eheliche Kinder, für ehelich erklärte Kinder, Adoptivkinder, uneheliche Kinder des/der verstorbenen Versicherten, sowie alle Kinder, die Vollwaisen sind, und für deren Lebensunterhalt und Erziehung der Versicherte oder Pensionsempfänger während der zehn Monate vor seinem Tod aufgefunden ist, und die keinen Anspruch auf Waisenpension aus der Versicherung ihrer leiblichen Eltern haben.**

**Die Waisenpension wird bis zum 18. Lebensjahr gewährt, bei Berufsausbildung kann sie bis zum 27. Lebensjahr gewährt werden.**

Name und Vornamen des Kindes	Versichertennummer oder Geburtsdatum	Geburtsort	Anmerkung (*)

\* Bitte angeben ob das Kind verheiratet ist, behindert ist, verstorben ist (Sterbedatum), ob es sich in Berufsausbildung befindet, seine Studien fortsetzt oder ob es eine berufliche Tätigkeit ausübt.

## 4. Angaben über den verstorbenen Versicherten

Geburtsname:	.....				
Ehename:	.....				
Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen):	.....				
Geburtsort und -datum:	.....				
Sozialversicherungsnummer:	.....				
Nationalität:	.....				
Sterbeort und -datum:	.....				
Todesursache:	<table border="0"> <tr> <td>Krankheit</td> <td>Arbeitsunfall oder Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td>Verkehrsunfall</td> <td>sonstiger Unfall</td> </tr> </table>	Krankheit	Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	Verkehrsunfall	sonstiger Unfall
Krankheit	Arbeitsunfall oder Berufskrankheit				
Verkehrsunfall	sonstiger Unfall				

Falls der (die) verstorbene Versicherte noch gegen Lohn beschäftigt war, bitte Namen und Adresse des letzten Arbeitgebers angeben:

.....

War der (die) verstorbene Versicherte Pensionsbezieher eines luxemburgischen oder ausländischen Pensionssystems?

ja nein

Wenn ja, Namen und Anschrift des Zahlungsinstituts angeben::

.....

War der (die) verstorbene Versicherte außer der Heirat / Partnerschaft mit der Antragstellerin (dem Antragsteller) auf Hinterbliebenenpension noch einmal oder mehrmals verheiratet ?

ja nein

Wenn ja, nachstehende Sparte unbedingt ausfüllen!

	1. Heirat / Partnerschaft	2. Heirat / Partnerschaft
Name und Vorname des Ehepartners / Partners:	.....	.....
Geburtsort und -datum:	.....	.....
Ort und Datum der Heirat / Partnerschaft:	.....	.....
Datum der Scheidung / Auflösung der Partnerschaft:	.....	.....
Datum der Wiederheirat / Partnerschaft:	.....	.....
Sterbeort und -datum:	.....	.....

## Anmerkung:

Wenn der (die) verstorbene Versicherte zum Zeitpunkt des Todes Pensionsempfänger war, sind nachstehende Abschnitte nicht mehr unbedingt auszufüllen. Vergessen Sie aber nicht, das Antragsformular auf der letzten Seite zu unterschreiben!

## 5. Zugehörigkeit des (der) Verstorbenen zu einer luxemburgischen Pensionsversicherung

Falls ihm / ihr in vergangener Zeit von einer der folgenden Pensionskassen die **Beiträge erstattet** wurden, bitten wir Sie das Kästchen vor der zuständigen Stelle anzukreuzen:

Caisse de pension agricole

Caisse de pension des artisans, commerçants et industriels

Caisse de pension des employés privés

Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité

**Beschäftigungszeiten** bei einem der folgenden Arbeitgebern :

ja nein

Falls ja, das zuständige Kästchen ankreuzen ?

Staat	von.....bis.....
Gemeinde	von.....bis.....
öffentliche Anstalten	von.....bis.....
Eisenbahn (CFL)	von.....bis.....
Zentralbank (BCL)	von.....bis.....

Bitte die Verwaltung bzw. die Gemeinde angeben : .....

**Militärdienstzeit** in der luxemburgischen Armee :

ja nein

Falls ja,	obligatorisch	von.....bis.....	von..... bis.....
	freiwillig	von.....bis.....	von.....bis.....

War der(die) Verstorbene Mandatsträger in einer der folgenden Einrichtungen ?

ja nein

Abgeordnetenkommission	von.....bis.....	von..... bis.....
Staatsrat	von.....bis.....	von..... bis.....
Europaparlament	von.....bis.....	von..... bis.....

6. Versicherungszeiten in einem nicht-luxemburgischen Rentensystem (bitte Belege beifügen)					ja	nein
Land	von	bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Versicherungsträger und Versicherungsnummer	Beruf: Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbstständiger	

**7. Ergänzungszeiten (gemäss Artikel 172 des Sozialgesetzbuches) – bitte Belege beifügen**

War der (die) Versicherte vor dem 01.01.1988 Bezieher einer Invalidenpension seitens einer luxemburgischen Pensionskasse? ja      nein

Wenn ja bei welcher Kasse ? .....

Hat der (die) Versicherte zwischen dem 18. und 27. Lebensjahr eine unentgeltliche Berufsausbildung oder ein Studium verfolgt ? ja      nein

Hat der (die) Versicherte sich in Luxemburg der Erziehung von Kindern von weniger als 6 Jahren, oder eines behinderten Kindes von weniger als 18 Jahren gewidmet ? ja      nein

Name und Vornamen des Kindes	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	Ist das Kind behindert ?	Land und Sitz der Wohnortgemeinde des Kindes bis zum 6ten Lebensjahr
		ja      nein	
		ja      nein	
		ja      nein	
		ja      nein	
		ja      nein	

Haben der (die) Versicherte in Luxemburg bereits einen Beruf ausgeübt bevor die zuständige Pensionskasse geschaffen war ? ja      nein

Wenn ja,            in einem Handwerks- oder Geschäftsbetrieb  
                      in einer freischaffenden Tätigkeit  
                      in einem Landwirtschafts-, Winzer oder Gärtnerbetrieb

Hat der (die) Versicherte ab dem 01.01.1990 Pflegedienst geleistet zugunsten eines Beziehers einer Pflegezulage oder gleichgestellten Leistung ? ja      nein

Wenn ja, bitte geben Sie an :

- 1) Name und Adresse der gepflegten Person .....
- 2) Zeitperiode während der Sie, vor Vollendung Ihres 65. Lebensjahres, diese Person gepflegt haben : .....
- 3) um welche Leistung handelt es sich ?

- Pflegezulage die im Gesetz vom 22.05.1989 vorgesehen ist
- Pflegezulage für Schwerbehinderte
- Steigerung der Unfallrente gemäß Artikel 97, Absatz 9, des Sozialgesetzbuches
- Steigerung des Mindesteinkommens gemäß Artikel 3 des abgeänderten Gesetzes vom 26.07.1986

**Ich erkläre hiermit davon Kenntnis zu haben, dass falsche Angaben oder die Nichtbeantwortung in diesem Antrag gestellter Fragen, welche zur Gewährung oder Weiterzahlung nicht geschuldeter Leistungen führen, die Rückzahlung der jeweiligen Beträge zur Folge hat, unbeschadet der im Gesetz vorgesehenen Strafmaßnahmen.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der oben stehenden Angaben und verpflichte mich ferner alle Änderungen, welche mit diesen in Zusammenhang stehen, mitzuteilen.**

....., den .....

.....  
(Unterschrift)

### **Beizubringende Unterlagen:**

Gemäß Artikel 398 des Sozialgesetzbuches werden diese Unterlagen kostenlos ausgestellt:

1. Ein Auszug der Sterbeurkunde des (der) Versicherten.
2. Ein Auszug der Heiratsurkunde / Partnerschaftserklärung, ausgestellt nach dem Tode des (der) Versicherten.
3. Eine Studienbescheinigung oder einen Lehrvertrag für jedes Kind zwischen dem 18. und 27. Lebensjahr
4. Eine Abschrift der Vormundschaftsurkunde für minderjährige Vollwaisen