



**Antrag auf Gewährung eines Kostensterbegeldes nach § 18 Abs. 2 LBeamVG**

**Antragsteller/in**

Name	Vorname
Straße	PLZ, Wohnort
Tel.:	E-Mail:

Landesverwaltungsamt Berlin  
Pensionsstelle -PS V-  
10702 Berlin

**Ich beantrage die Gewährung eines Sterbegeldes zu folgendem Versorgungsanspruch**

Versorgungsnummer	Sachgebiet	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum

1. Ich war mit der bzw. dem Verstorbenen verwandt

- Nein  
 Ja
- verschwägert als \_\_\_\_\_  
 in aufsteigender Linie  
 Geschwister  
 Geschwisterkinder  
 Stiefkinder

**(Personenstandsunterlagen sind beizufügen)**

2. Ich habe zur Zeit des Ablebens in häuslicher Gemeinschaft der bzw. des Verstorbenen gelebt.

- Ja  Nein

3. Die bzw. der Verstorbene war mindestens überwiegend mein Ernährer

- Ja  Nein

Wenn ja:  
**(Nachweise sind  
beizufügen)**

Geldwert der monatlichen Unterhaltsleistung in Euro	Betrag des eigenen Einkommens bis zum Tode des / der Verstorbenen in Euro
---	---

4. Die geltend gemachten Aufwendungen stehen im Zusammenhang

mit einem anerkannten Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit der Behandlung wegen Tuberkulose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit der zuletzt oder früher ausgeübten Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit einem Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--	--	--

Sofern ein Unfall vorliegt, machen Sie bitte Angaben zum Unfallverantwortlichen

Name, Vorname	Straße; PLZ, Wohnort
---------------	----------------------

5. Der Tod wurde durch Verschulden Dritter verursacht

Ja  Nein

Können Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden?

Ja  Nein

Wenn ja, gegen wen?

Name, Vorname	Straße; PLZ, Wohnort
---------------	----------------------

ggf. versichert bei

Name des Versicherers	Straße, PLZ, Ort	Versicherungsnummer
-----------------------	------------------	---------------------

6. Aus Anlass des Sterbefalles, der letzten Krankheit, sind folgende Leistungen gewährt worden

Sterbegeld nach beamten- oder tariflichen Vorschriften in Euro	aus einer Krankenversicherung in Euro	vom Versorgungsamt in Euro	aus einer Sterbegeldversicherung in Euro
--	---------------------------------------	----------------------------	--

**(Nachweise sind beizufügen)**

7. Sonstige Leistungen (z.B. Kranken-, Lebensversicherung oder von Berufsverbänden)

Art	Betrag in Euro
Art	Betrag in Euro
Art	Betrag in Euro

Sind weitere Leistungen zu erwarten?

Ja  Nein

8. Ist aus gleichem Anlass eine Beihilfe, ein Sterbegeld, ein Zuschuss oder dergleichen bei anderen Behörden beantragt worden?

Ja  Nein

