



Landesamt für Soziales,  
Jugend und Versorgung  
– Referat SER –

Aktenzeichen:

Eingangsstempel:

## Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

### I. Angaben zur Person (Antragstellerin/Antragsteller)

1. Name, Vorname  
ggf. Geburtsname
2. Geburtsdatum, -ort  
Kreis, Land
3. PLZ, Wohnort  
Kreis  
Straße, Hausnummer  
Telefonisch erreichbar, tagsüber
4. Beruf a) früher  
b) jetziger
5. Familienstand ledig verheiratet in Lebenspartnerschaft lebend  
verwitwet getrennt lebend geschieden  
Lebenspartnerschaft aufgehoben  
seit
6. Staatsangehörigkeit
7. Dienstleistungen in der Wehrmacht – in militärischen Verbänden –  
von bis bei welcher Einheit

8. Kriegsgefangenschaft – Internierung  
von                      bis                      Gewahrsamsland

9. Wann entlassen  
von welcher Stelle

10. War der/die Antragsteller/in Berufssoldat/in?  
ja            nein  
Wenn ja, letzter Dienstgrad

## **II. Angaben zur Schädigung**

1. Wegen welcher Körperschäden wird Rentenanspruch gestellt?

2. Auf welches schädigende Ereignis werden die Körperschäden zurückgeführt  
(bitte genaue Schilderung von Zeit, Ort und Zeugen)?

3. Bei welcher Einheit (Dienststelle) ist das schädigende Ereignis eingetreten  
(gehörte die Einheit einer fremden Wehrmacht an, so ist dies auch anzugeben)?

4. In welchen Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten waren Sie während der Dienstzeit  
in Behandlung?  
von                      bis                      im

5. Wo standen oder stehen Sie wegen der unter Nr. 1. genannten Körperschäden
- a) in privatärztlicher Behandlung (bitte auch die Anschrift des Arztes angeben)?  
von                      bis                      bei
- b) in Krankenhausbehandlung (bitte auch die Anschrift des Krankenhauses und die betreffende Abteilung angeben)  
von                      bis                      im
6. Welche Krankenkasse wurde wegen der genannten Körperschäden in Anspruch genommen (bitte auch die Anschrift der Krankenkasse angeben)?  
von                      bis                      die
7. Welchen Krankenkassen gehörten Sie **vor Eintritt** in den Wehrdienst bzw. des schädigenden Ereignisses an (bitte auch die Anschrift der Krankenkassen angeben)?  
von                      bis                      der
8. Welcher Krankenkasse gehören Sie jetzt an (bitte auch die genaue Anschrift angeben)?
9. Beziehen Sie Unfallrente oder Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?  
ja      nein  
Wenn ja, von welcher Stelle und unter welchem Geschäftszeichen?
10. Wurde früher Rentenantrag gestellt?  
ja      nein  
Wenn ja, wann?  
und bei welcher Stelle (bitte genaue Anschrift angeben)
11. Bezogen Sie eine Rente nach früheren Versorgungsgesetzen?  
ja      nein  
wenn ja, von welcher Stelle (bitte die genaue Anschrift angeben und die Bescheide beifügen)?

12. Falls es zur Gewährung von Versorgungsleistungen kommt, auf welches Konto sollen die Bezüge überwiesen werden?

Bankinstitut

BIC

IBAN

Kontoinhaber/in

Ich versichere, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.

Folgende Unterlagen füge ich bei

Einverständniserklärung

Datum, Ort

Unterschrift

Aktenzeichen

Name

### ***Einverständniserklärung zum Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem BVG***

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren die notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Von dieser Einverständniserklärung nehme ich ausdrücklich aus (bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen):

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialdaten, die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X –) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.**

Datum, Ort

Unterschrift