

Name, Geburtsdatum und Anschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Dienstleistungszentrum Personal  
des Landes Schleswig-Holstein  
- Versorgung -  
Postfach 1412

Zutreffendes ist angekreuzt

24013 Kiel

Sterbefall

Name, Vorname, Bearbeiter- und Personalnummer

Ich beantrage die Zahlung des Sterbegeldes in Höhe meiner Aufwendungen gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 2 Beamtenversorgungsgesetz Schleswig-Holstein (SHBeamVG) und erkläre hierzu Folgendes:

Ich bin Erbe der/des Verstorbenen ja  nein   
Eine Kopie des Testamentes habe ich beigelegt.

Die Kosten sind zu **meinen** Lasten beglichen worden ja  nein

Das Nachlasskonto ist mit den Kosten belastet worden ja  nein

Ich habe Leistungen aus der Kranken- oder Sterbegeldversicherung \*) erhalten in Höhe von \_\_\_\_\_ €. ja  nein   
Ein Nachweis ist beigelegt.

Leistungen der Kranken- oder Sterbegeldversicherung sind einer anderen Person zugeflossen in Höhe von \_\_\_\_\_ €; ja  nein   
gegen diese Person besteht ein realisierbarer Erstattungsanspruch in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

Ich habe Leistungen von einer Versicherung erhalten in Höhe von \_\_\_\_\_ €. ja  nein   
Ein Nachweis ist beigelegt.

Ich habe Anspruch auf Leistungen einer Versicherung in Höhe von \_\_\_\_\_ €. ja  nein   
Ein Nachweis ist beigelegt.

Meine Aufwendungen können durch zu erwartende Leistungen von anderen gemindert werden in Höhe von \_\_\_\_\_ €. ja  nein   
Ein Nachweis ist beigelegt.

Ich erhalte selber Bezüge/Entgelt durch das DLZP unter der Bearb./Pers.Nr. \_\_\_\_\_ ja  nein

\*) Sterbegeldversicherung in diesem Sinne ist jede Versicherungsleistung, die mit dem Tode fällig wird.

bitte wenden

