

# // ANTRAG AUF BETRIEBSRENTE FÜR WAISEN

Der Antrag ist für jede Waise getrennt zu stellen.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht, wenn und solange die Waisen einen entsprechenden Rentenanspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, längstens jedoch bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Gewährung von Kindergeld beziehungsweise Kind bedingten Steuerfreibeträgen (§ 32 Absatz 3 und 4 Satz 1 EStG).

Bitte **NUR KOPIEN** beifügen.  
Unterlagen **NICHT KLAMMERN**  
oder **HEFTEN**.

kvw-Versicherungsnummer der/des Verstorbenen:

Falls vorhanden: Vertragsnummer PlusPunktRente Tarif 2002-M

Dieser Vordruck gilt für die PlusPunktRente des Tarifs 2002-M.  
PlusPunktRenten aus den Tarifen 2010 und 2010-U beantragen Sie  
bitte mit unserem gesonderten Vordruck.

## A Angabe zur Person der/des Verstorbenen

Bitte fügen Sie eine **Kopie der Sterbeurkunde** bei.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsname (frühere Namen) \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Sterbedatum \_\_\_\_\_

## B Angabe zur Person der Waise

Bitte fügen Sie eine **Kopie der Geburtsurkunde** bei.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsnummer\*  
 (Ihre Rentenversicherungsnummer)  
 Steueridentifikationsnummer\*  
**(Ohne Ihre Steuer-ID kann Ihre Rente nicht festgesetzt werden.)**

Rechtsverhältnis der Waise zur/zum Verstorbenen Kind      Pflegekind

In der Zusatzversorgung besteht ein Anspruch auf Waisenrente, wenn die Waise im Sinne des § 32 Absatz 1 Nummer 2 EStG ein leibliches Kind, ein adoptiertes Kind oder ein Pflegekind der/des Verstorbenen ist.

\*Bitte achten Sie darauf, hier die Sozialversicherungsnummer und Steueridentifikationsnummer **der Waise** anzugeben und nicht die der verstorbenen Person.

**C Angaben zur Person des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers bei minderjährigen Waisen**

Sind Sie Betreuer/in, fügen Sie bitte eine **Kopie der Betreuungsurkunde** bei.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**D Zusätzliche Angaben bei volljähriger Waise**

Bitte reichen Sie Nachweise/Bescheinigungen ein (nur Kopien).

Ich befinde mich in Ausbildung vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Art der Ausbildung  
(Schul-/Berufsausbildung, Studium) \_\_\_\_\_

Ich leiste ein freiwilliges soziales/  
ökologisches Jahr vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Ich habe bereits gesetzlichen Wehr- oder  
Zivil- oder gleichgestellten Dienst geleistet vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Ich bin aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen

**E Angaben zur Überweisung der Rente**

IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank. Eine monatliche Überweisung auf ein Konto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist nicht möglich.

IBAN

BIC

Name und Sitz des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

**F Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung**

Beziehen Sie eine Waisenrente von der Deutschen Rentenversicherung oder haben Sie diese beantragt? ja nein

wenn ja:

Fügen Sie bitte eine **Kopie des vollständigen Waisenrentenbescheides mit allen Seiten und Anlagen** bei. Ohne den Bescheid kann die Rente nicht festgesetzt werden.

wenn nein:

Bitte weisen Sie uns nach, dass Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Anspruch auf Waisenrente haben (z.B. durch eine **Kopie des Befreiungsbescheides der/des Verstorbenen zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung**).

## G Sonstige Angaben

1. Sind Sie bei der kvw-Zusatzversorgung versichert oder beziehen Sie von dieser eine eigene Betriebsrente? ja nein

wenn ja:

Versicherungsnummer

2. Ist der Tod auf Drittverschulden zurückzuführen? ja nein

wenn ja:

Geben Sie bitte Name und Anschrift des Schädigers und dessen Haftpflichtversicherung sowie Anschrift und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft an und füllen Sie die Anlage "Abtretungserklärung" aus.

3. War die/der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen oder kirchlichen Dienstes versichert? ja nein

wenn ja:\*

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum von	bis
---------------------------------------	---------------------	--------------	-----

\*Reichen Sie bitte den Antrag auf Überleitung beziehungsweise gegenseitige Anerkennung ein.

## H Kranken- und Pflegeversicherung

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, von der Betriebsrente Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen.

Wir benötigen deshalb diese Angaben zu Ihrer Krankenkasse:

1. Ich bin Mitglied  
bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung.  
(zum Beispiel AOK, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Knappschaft)

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

bei einer privaten oder ausländischen Kranken-/Pflegeversicherung.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

2. Haben Sie das 23. Lebensjahr vollendet und haben/hatten Sie leibliche Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder? ja nein

## I Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- // alles richtig und vollständig angegeben habe.
- // mit der Überweisung meiner Rente an den Arbeitgeber (Abtretungserklärung) in Höhe seines Ersatzanspruches wegen der Gewährung vorschussweise gezahlter Krankengeldzuschüsse einverstanden bin.
- // meine Ansprüche gegen den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an die kvw-Zusatzversorgung abtrete, soweit sich künftig mein Betriebsrentenanspruch wegen Änderung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in der Höhe mindert und ich zu viel Betriebsrente erhalten habe.
- // das jeweils kontoführende Institut beauftrage, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Bei Rentenzahlungen entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut – auch mit Wirkung für meine Erben – gegenüber der kvw- Zusatzversorgung insoweit vom Bankgeheimnis, als dies für die Korrespondenz dieses Geldinstituts zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.
- // Überzahlungen, die durch Verletzung der Anzeigepflichten entstehen, sowie Leistungen, auf die ich keinen Anspruch habe, der kvw-Zusatzversorgung umgehend erstatte.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die folgenden **Anzeigepflichten** zu beachten und die kvw-Zusatzversorgung zu informieren, bei

- // Änderungen der Anschrift und der Bankverbindung
- // Beendigung des Kindergeldanspruchs
- // Beendigung der Zahlung oder Umwandlung der Rentenart der gesetzlichen Rente
- // Änderung der zuständigen Krankenkasse
- // Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung oder Unterbrechung bei Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Hinweis zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.

Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:

**Haben Sie Fragen?**

Tel. (0251) 591-4455  
rente@kvw-muenster.de

kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf Betriebsrente für Waisen der/des Verstorbenen

Name der/des Verstorbenen

---

kvw-Versicherungsnummer  
der/des Verstorbenen

---

mit der Bitte um Bearbeitung.

Name der/des Waisen

---

**Checkliste:**

Kopie der Geburtsurkunde

Kopie der Betreuungsurkunde

// siehe Teil I, C

Kopien der Nachweise und Bescheinigungen für Ausbildung/Studium

// siehe Teil I, D

// bei volljährigen Waisen

Kopie des vollständigen Waisenrentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung mit  
allen Seiten und Anlagen

// siehe Teil I, F

// nicht für Waisen von Versicherten in berufsständischen Versorgungswerken