Kommunale Versorgungskassen Westfalen-Lippe

Zusatzversorgung

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Zusatzversorgung
Postfach 4629
48026 Münster

Antrag auf Betriebsrente für Waisen, deren verstorbener Elternteil beitragsfrei versichert war

Bitte nur Kopien beifügen. Unterlagen nicht klammern oder heften.

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 kindbedingten Steuerfreibeträgen (§ 32 Absatz 3 und 4 Satz 1 EStG).

Versicherungsnummer der:des Verstorbenen _____

Vertragsnummer PlusPunktRente Tarif 2002-M (falls vorhanden) _____

Dieser Vordruck gilt auch für die PlusPunktRente des Tarifs 2002-M. PlusPunktRenten aus den Tarifen 2010/2010-U und 2017 beantragen Sie bitte mit unserem gesonderten Vordruck.

A Angaben zur Person der:des Verstorbenen (Bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei.)

Name, Vorname

_____

Geburtsname (frühere Namen) _____

Geburtsdatum _____

Sterbedatum _____

B Angaben zur Person der Waisen

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Sozialversicherungsnummer (12-stellig)*

Steuer-Identifikationsnummer (nicht die Steuernummer)

*Bitte achten Sie darauf, hier die Sozialversicherungsnummer und Steueridentifikationsnummer (zu finden auf z.B. letztem Steuerbescheid oder Lohnsteuerkarte) **der Waise** anzugeben und nicht die der verstorbenen Person.

Rechtsverhältnis der Waisen 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.

C Angaben zur Person der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters bei minderjährigen Waisen oder Betreuerin / Betreuers (Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bei.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

D Zusätzliche Angaben bei volljährigen Waisen (Bitte reichen Sie Nachweise/Bescheinigungen nur in Kopie ein.)

☐ 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 gesetzlichen Wehr-, 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

Eine monatliche Überweisung auf ein Konto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist nicht möglich.

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____ Kontoinhaber:in _____

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** bei.

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.

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 Kranken-/Pflegeversicherung.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

_____

2. Sofern Sie bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung pflichtversichert sind: Liegt Elternschaft vor? Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Kinder haben das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet? _____ Kinder.
Bitte fügen Sie dem Antrag Nachweise bei (Geburtsurkunde o.Ä.).

Erklärungen der:des Antragstellerin:Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- alles richtig und vollständig angegeben habe.
- das jeweils kontoführende Institut beauftrage, mit Wirkung auch meinen Erb:innen 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 Erb:innen – 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 der Zahlung oder Umwandlung der Rentenart der gesetzlichen Rente
- Änderung der zuständigen Krankenkasse
- Beendigung des Kindergeldanspruchs
- Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung oder Unterbrechung bei Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Hinweise 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.

Datum, Unterschrift

_____

Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-4455 rente@kvw-muenster.de

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Zusatzversorgung
Postfach 4629
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf Betriebsrente für Waisen für

Name, Vorname der Waise

_____

Versicherungsnummer der kvw

_____

mit der Bitte um Bearbeitung.

Checkliste:

Kopie der Sterbeurkunde

- siehe Teil I, A

Kopie der Geburtsurkunde

- siehe Teil I, B

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

Kopie der Geburtsurkunde(n)

- siehe Teil I, H 2.