

# // ANTRAG AUF PlusPunktRente FÜR WAISEN

– Tarif 2010, 2010-U und 2017 –

Der Antrag ist für jede Waise getrennt zu stellen.

Nach § 2b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht der Rentenanspruch für eine Waise grundsätzlich, sofern Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz besteht. Waisen sind leibliche und angenommene Kinder sowie Pflegekinder der/des Versicherten im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 2 EStG. Ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente besteht nicht für Personen, die den Tod der/des Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben.

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

Vertragsnummer

## 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 Waise

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde bei.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 Steuer-Identifikationsnummer \_\_\_\_\_  
(zu finden auf z.B. letztem Steuerbescheid oder Lohnsteuerkarte)

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.

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

Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bei.

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

**D Zusätzliche Angaben bei volljähriger Waise**

Bitte fügen Sie eine Kopie des Kindergeldbescheids bei.

Ich beziehe Kindergeld bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

**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.

Kontonummer \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_  
Name und Sitz des Geldinstitutes \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## **F 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. Liegt Elterneigenschaft vor?

ja    nein

Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

## **G Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- // Alle Daten richtig und vollständig angegeben 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

---

Ort, Datum

Unterschrift

### **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.

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 PlusPunktRente für Waisen

für \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_ mit der Bitte um Bearbeitung.  
Versicherungsnummer

**Checkliste:**

Sterbeurkunde

// siehe A

// Nur wenn diese noch nicht eingereicht wurde.

Geburtsurkunde

// siehe B

Betreuungsurkunde

// siehe C

Kindergeldnachweis

// siehe D

// bei volljährigen Waisen