

Antrag auf Leistungen für Waisen aus der Zusatzrente

Erstantrag Wieder-/Weitergewährung

Versicherungsnummer

Mitgliedsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur Person der/des Verstorbenen

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n) - bitte den Rufnamen unterstreichen -		Geburtsdatum
verstorben am:		Hat die/der Verstorbene bereits ZVK-Rente bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Erstantrag bitte einen Nachweis über das Rechts-/Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen sowie Kopie der Sterbeurkunde beifügen!		

2. Angaben zur Person der Waise

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n) - bitte den Rufnamen unterstreichen -		Steuer-Identifikationsnummer
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (freiwillig)

3. Antragstellung durch den gesetzlichen Vertreter oder andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der Waise gestellt vom			
<input type="checkbox"/> gesetzlichen Vertreter	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Vormund
Bitte fügen Sie eine Vollmacht bzw. einen amtlichen Nachweis im Original oder als beglaubigte Abschrift bei.			
Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung			Telefon
Straße, Hausnummer ggf. Postfach	Postleitzahl	Ort	Aktenzeichen

4. Bankverbindung

(Bei Volljährigkeit ist eine eigene Bankverbindung erforderlich.)

BIC (8 - 11 Stellen)	IBAN (max. 34 Stellen)
Name und Sitz des Geldinstituts	Name Kontoinhaber (wenn abweichend vom Empfänger)

5. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer	
<input type="checkbox"/> privaten Kranken- / Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlichen Kranken- / Pflegeversicherung (z.B. AOK, Ersatzkasse, Bundesknappschaft usw.)	
Name und Anschrift der Krankenkasse	Versichertennummer (s. KV-Karte)
_____	_____

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kv-sachsen.de/datenschutz.

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

Liegt bei Ihnen Elterneigenschaft vor? (Haben oder hatten Sie Kinder?) ja nein

Sozialversicherungsnummer der Waise: _____

6. Angaben zum Anspruch auf gesetzliche Rente

Besteht ein Anspruch auf Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund – Länder – Knappschaft)?

- ja: Bitte fügen Sie Seite 1 und 2 des Bescheides mit den Anlagen „Berechnung der Rente“ und „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“ als Kopie bei.
- nein: Bitte fügen Sie einen Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung darüber bei, weshalb Sie dort keinen Anspruch auf eine Waisenrente haben (z. B. wegen der Befreiung der/des Verstorbenen von der Versicherungspflicht oder wegen nicht erfüllter Wartezeit).

7. Weitere Angaben

7.1 Nur von volljährigen Waisen auszufüllen!

- Ich befinde mich über das 18. Lebensjahr hinaus in Ausbildung von _____ voraussichtlich bis _____.
Art der Ausbildung: _____
(z.B. Schulausbildung, Studium, Berufsausbildung)
- Ich habe das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet, stehe nicht in einem Beschäftigungsverhältnis und bin bei einer Agentur für Arbeit im Inland als arbeitsuchend gemeldet.
- Ich leiste über das 18. Lebensjahr hinaus ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst von _____ voraussichtlich bis _____.
 Ich bin auf Grund einer Behinderung nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen.
- Ich leiste freiwilligen Wehrdienst / habe bereits Wehr- oder Zivildienst geleistet von _____ bis _____.

Sofern Punkt 6 mit „nein“ beantwortet, fügen Sie bitte noch geeignete Nachweise bei!

- 7.2 Steht der Rentenbezug im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde (z. B. Unfall)? ja nein

Name und Anschrift des Schädigers

Anschrift des Haftpflichtversicherers

Haftpflichtschaden-Nr.

Tag des Schadensereignisses / ermittelnde Polizeidienststelle

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

Bitte beachten Sie die Abtretungserklärung in Ziffer 9 und schildern Sie uns den Schadenshergang!

- 7.3 Nur auszufüllen, wenn die/der Verstorbene noch keine Betriebsrente von der ZVK Sachsen erhalten hat.

War die/der Verstorbene auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) des öffentlichen/kirchlichen Dienstes (z. B. VBL) versichert? ja nein

Bezog sie/er eine Rente von einer Zusatzversorgungseinrichtung? ja nein

Bitte letzte Rentenmitteilung der Zusatzversorgungseinrichtung beifügen!

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Aktenzeichen

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

8. ZusatzrentePlus

Die/Der Verstorbene hatte eine ZusatzrentePlus bei der ZVK und ich möchte diese zusammen mit der Zusatzrente in Anspruch nehmen. Alle benötigten Angaben werde ich im Antrag auf Leistungen aus der ZusatzrentePlus ergänzen.

Bei Weitergewährung einer Waisenrente ist kein zusätzlicher Antrag erforderlich.

9. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die Zusatzversorgungskasse **abtrete**,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der ZVK des KVS Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ich verpflichte mich, die ZVK unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn

- eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung erstmalig gewährt, neu festgesetzt oder umgewandelt wird - auch wenn sich der Zahlbetrag dieser Leistung nicht ändert,
- der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt,
- während des Bezugs einer Zusatzversorgungsrente Einkünfte erzielt werden (oder sich ändern),
- von einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen / kirchlichen Dienstes eine Rente – auch Hinterbliebenenrente – bezogen wird,
- sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
- die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das freiwillige soziale/ökologische Jahr oder ein Bundesfreiwilligendienst beendet oder unterbrochen wird oder die Unterhaltsbedürftigkeit wegfällt.

Hinweis: Solche Änderungen werden der ZVK von dritter Seite nicht automatisch mitgeteilt.

Ich verpflichte mich ferner, Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. Hiermit beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, überzahlte Beiträge der Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen.

Ort Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

10. Anlagen

- Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde
- Sterbeurkunde
- Kopie des Rentenbescheids (Seite 1 und 2) inkl. Anlagen „Berechnung der Rente“ und „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“
- Antrag auf Leistungen für Waisen aus der ZusatzrentePlus
- _____
- _____

Bitte senden Sie den Antrag auf Leistungen (inklusive Anlagen) an folgende Adresse:

**Zusatzversorgungskasse des
Kommunalen Versorgungsverbands Sachsen
Postfach 160 163
01287 Dresden**

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

Vom Arbeitgeber nur auszufüllen, wenn nahtloser Übergang vom Arbeitsverhältnis in die Rente erfolgt!

11. Angaben zum Arbeitsverhältnis

11.1 Das der Zusatzrente zugrundeliegende Arbeitsverhältnis hat geendet am _____.		
11.2. Hat das Arbeitsverhältnis bis zum Tod bestanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.3. Sofern das Arbeitsverhältnis bis zum Tod bestanden hat:		
Die Abmeldung ist	<input type="checkbox"/> beigefügt.	<input type="checkbox"/> bereits übersandt.
	<input type="checkbox"/> am _____	über DATÜV-ZVE erfolgt / wird am _____ erfolgen.

12. Sonstige Angaben

Ist der Tod durch einen Arbeitsunfall / eine Berufskrankheit eingetreten, der / die im Zusammenhang mit dem der Zusatzrente zugrunde liegenden Arbeitsverhältnis steht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte den Bescheid der Berufsgenossenschaft beifügen!		

13. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben – auch die des Antragstellers unter Ziffer 7.2 und 7.3 – richtig sind.	
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:	
Ansprechpartner	Telefon-Nr.
_____	_____
_____	_____
Ort, Datum, Unterschrift	Arbeitgeberanschrift / Dienstsiegel / Stempel

14. Anlagen des Arbeitgebers

<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____