

Antrag auf Leistungen für Hinterbliebene aus der ZusatzrentePlus

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	
Bitte Kopie der Sterbeurkunde beifügen, falls noch nicht übersandt.			

2. Angaben zur Person des Hinterbliebenen

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n) - bitte den Rufnamen unterstreichen -		Steuer-Identifikationsnummer	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (freiwillig)	
<input type="checkbox"/> Ehegatte Bitte Eheurkunde beifügen!	<input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner Bitte Nachweis über die eingetragene Lebenspartnerschaft beifügen!	<input type="checkbox"/> Lebensgefährte Bitte Nachweis über gemeinsame Haushaltsführung zum Zeitpunkt des Todes beifügen!	

3. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt vom			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten		<input type="checkbox"/> Betreuer	
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

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

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

5. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer

privaten Kranken- / Pflegeversicherung

gesetzlichen Kranken- / Pflegeversicherung (z.B. AOK, Ersatzkasse, Bundesknappschaft usw.)

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Versichertennummer (s. KV-Karte) _____

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

Sozialversicherungsnummer der/des Hinterbliebenen: _____

6. Zusätzliche Angaben zur Feststellung des Rentenzahlbetrages

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 8 und schildern Sie uns den Schadenshergang!

7. Auszahlung der Rente

Ich beantrage eine lebenslange monatliche Rentenzahlung.

Ich beantrage eine teilweise Kapitalauszahlung zu Beginn der Auszahlungsphase in Höhe von _____ % (max. 30 %) des gebildeten Kapitals. Meine monatliche Rentenleistung wird dann entsprechend gekürzt.

Ich beantrage eine vollständige Kapitalauszahlung.

Hinweis:
Wurde die ZusatzrentePlus staatlich gefördert (durch Zulagen und Sonderausgabenabzug), wird bei einer vollständigen Auszahlung das Kapital um die staatlich gewährten Leistungen vermindert, da es sich hierbei um eine schädliche Verwendung handelt und die Förderung zurückzuzahlen ist. Beruht das gebildete Kapital auf steuerfreien Beiträgen (beispielsweise durch eine Entgeltumwandlung), unterliegt das Kapital der vollen Besteuerung im Jahr der Auszahlung. Die steuerliche Belastung kann unter Umständen einen Großteil der Kapitalauszahlung zunichte machen.

Bei einer teilweisen oder vollständigen Kapitalauszahlung werden von der Kasse 10 % des auszahlenden Kapitals zur Sicherung des biometrischen Risikoausgleichs einbehalten.

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

8. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- bei Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt 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 oder wenn sich meine Anschrift ändert bzw. der Wohnsitz oder der dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.

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

9. Anlagen

<input type="checkbox"/> Kopie der Sterbeurkunde
<input type="checkbox"/> Kopie der Eheurkunde
<input type="checkbox"/> Nachweis über die eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> Nachweis über die gemeinsame Haushaltsführung
<input type="checkbox"/> _____

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

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