

Antrag auf Leistungen für Waisen aus der ZusatzrentePlus

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. 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 zurückzahlen ist. Beruht das gebildete Kapital auf steuerfreien Beiträgen (beispielsweise durch eine Entgeltumwandlung), unterliegt das Kapital der vollen Versteuerung 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 auszuzahlenden Kapitals zur Sicherung des biometrischen Risikoausgleichs einbehalten.

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 arbeitssuchend 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 _____.

Bitte geeignete Nachweise beifügen, sofern kein Anspruch auf Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund- Länder- Knappschaft) besteht.

- 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 8 und schildern Sie uns den Schadenshergang!

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

8. Erklärung 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 Halb- in eine Vollwaisenrente umgewandelt wird,
- sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
- das 18. Lebensjahr vollendet 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

9. Anlagen

- Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde (soweit nicht bereits vorliegend)
- Sterbeurkunde (soweit nicht bereits vorliegend)
- _____
- _____

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

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