

Zusatzversorgungskasse der
Gemeinden und Gemeindeverbände
Postfach 11 15 61
64230 Darmstadt

Formular drucken

Antrag auf Betriebsrente für Waisen

Datenschutzhinweis:

Informationen zu Ihren Rechten hinsichtlich der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung finden Sie im Internet unter www.zvk-darmstadt.de/datenschutz

Mitgliedsnummer	Versicherungsnummer
-----------------	---------------------

Bitte für jede Waise einen
gesonderten Vordruck ausfüllen

1. Angaben zur Person der / des Verstorbenen

Familiennamen (ggf. auch Geburtsnamen), Vorname(n)		PAN / Sozialversicherungsnummer
Geburtsdatum	Sterbedatum	

Sterbeurkunde ist beizufügen

2. Angaben zur Person der Waise

Familiennamen (ggf. auch Geburtsnamen), Vorname(n)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Telefon
Steuer-Identifikations-Nr. Waise (unbedingt erforderlich)		PAN / Sozialversicherungsnummer Waise (unbedingt erforderlich)
Rechts- bzw. Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen		
leibliches Kind	angenommenes Kind	Pflege-, Stief- oder Enkelkind

Nachweis ist beizufügen

3. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der Waise gestellt vom				
Elternteil*	Vormund*	Bevollmächtigten*	Betreuer*	* Vollmacht / Nachweis / Betreuerausweis ist beizufügen
Name, Vorname bzw. Bezeichnung der betreuenden Einrichtung				
Straße und Hausnummer				
Postleitzahl	Wohnort	Telefon		

4. Angaben zur Bankverbindung

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

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

5. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die ZVK verpflichtet, im Rentenfall Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Bitte ergänzen Sie daher die erforderlichen Angaben.

Ich bin Mitglied einer

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

Name der Krankenkasse

Versichertennummer (Krankenkasse)

Liegt für Sie Elterneigenschaft vor?

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

nein

ja

privaten Kranken-/Pflegeversicherung

ausländischen Krankenversicherung

6. Angaben zum Anspruch auf gesetzliche Rente

Besteht ein Anspruch auf eine Waisenrente aus der Deutschen Rentenversicherung?

ja In diesem Fall rufen wir die für die Rentenberechnung erforderlichen Daten elektronisch bei der Deutschen Rentenversicherung ab (siehe Hinweis unter Ziffer 9.).

nein Bitte fügen Sie einen Nachweis der Deutschen Rentenversicherung in Kopie bei (z. B. wegen Befreiung von der Versicherungspflicht, nicht erfüllter Wartezeit).

7. Weitere Angaben (nur von volljährigen Waisen auszufüllen)

Ich befinde mich in einer Ausbildung

vom / bis _____

Art der Ausbildung _____

(z. B. Schulausbildung, Studium, Berufsausbildung)

Ich leiste ein freiwilliges soziales / ökologisches Jahr / Bundesfreiwilligendienst

vom / bis _____

Ich bin aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen

Ich habe gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst geleistet

vom / bis _____

Nachweis / Bescheinigung ist beizufügen

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

8. sonstige Angaben

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

War die/der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert?

nein	ja	vom / bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr. / Aktenzeichen
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____

Wurden die Beiträge erstattet?

nein	ja
------	----

8.2. Wird der Rentenanspruch wegen eines von einem Dritten verursachten Schadensereignisses (z. B. Verkehrsunfall) gestellt?

nein	ja
------	----

Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Anschrift)?

Haftpflichtversicherung	Haftpflichtschaden-Nummer
-------------------------	---------------------------

Tag des Schadensereignisses	Ermittelnde Dienststelle	Aktenzeichen
-----------------------------	--------------------------	--------------

Abtretungserklärung:
 Ich trete hiermit etwaige Schadensersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, durch das die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung von Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistungen an die Zusatzversorgungskasse ab.

Ort und Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

9. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- die Überleitung / gegenseitige Anerkennung der Versicherungszeiten unter Ziffer 8.1. beantrage, sofern bisher kein Antrag gestellt wurde,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der Zusatzversorgungskasse Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat

Die ZVK fordert die für die Feststellung des Eintritts des Versicherungsfalles und die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung von der Deutschen Rentenversicherung an. Die Deutsche Rentenversicherung übermittelt, soweit relevant, folgende Daten: Datum Rentenbescheid, Angaben zu Leistungsfall und -art, Zugangsfaktor, Beginn und Ende der Rente, Berechnungs- oder Ablehnungsgrund, Angaben zur Kranken-/Pflegeversicherung, Kennzeichen für einen möglichen Erstattungsanspruch eines Sozialversicherungsträgers, Kennzeichen zum Versorgungsausgleich sowie Angaben zum Ruhen der Rente oder zum Bezug einer Teilrente.

Falls eine elektronische Übertragung der erforderlichen Daten nicht möglich ist, müssen Sie uns die Daten selbst bereitstellen (Vorlage des Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung in Kopie).

Ich verpflichte mich,

- die Zusatzversorgungskasse unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können; dies ist **insbesondere** dann der Fall, wenn
 - sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
 - nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Schul-/Berufsausbildung beendet oder unterbrochen, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr geleistet wird oder die Unterhaltsbedürftigkeit wegfällt.
- Rentenüberzahlungen zurückzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten.

Weitere Informationen zu Ihren Anzeigepflichten übersenden wir Ihnen mit der Rentenentscheidung.

Ich ermächtige die Zusatzversorgungskasse, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge von dem jeweils kontoführenden Geldinstitut zurückzufordern.

Ort und Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Wichtiger Hinweis:
 Dem Antrag ggf. beigefügte Unterlagen senden Sie bitte nur in Kopie und nicht im Original ein. Die Unterlagen werden von uns elektronisch archiviert und anschließend nach datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet. Wir senden keine Originalunterlagen zurück.
 Um eine schnelle elektronische Verarbeitung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, heften, klammern oder kleben Sie die Unterlagen bitte nicht zusammen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

Angaben des Arbeitgebers

Die Ziffer 10 ist nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Tod der/des Verstorbenen bestanden hat und noch keine Betriebsrente für Versicherte bezogen wurde.

10. Bestätigung des Arbeitgebers

Die vorstehenden Angaben - soweit feststellbar auch die der Antragstellerin / des Antragstellers - sind vollständig und richtig. Die Abmeldung			
liegt der ZVK bereits vor.	ist beigefügt.	wird nachgereicht.	erfolgt/e über Datenaustausch.
Für Rückfragen zuständig:			
Name		Telefon-Nr.	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift		