

**Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg**
- Zusatzversorgungsabteilung -

Z

Bitte für jede Waise einen gesonderten Vordruck ausfüllen

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten jeweils für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Angaben zum Verstorbenen

Versicherungsnummer Mitgliedsnummer Sterbedatum Sozialversicherungsnummer Verstorbener (unbedingt erforderlich)

Name, ggf. auch Geburtsname Vorname Geburtsdatum

Bitte Sterbeurkunde beifügen, falls noch nicht übersandt.

2. Angaben zur Waise

Name, ggf. auch Geburtsname Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort Telefonnummer (Angabe freigestellt)

Steuer-Identifikationsnummer Waise (unbedingt erforderlich) Sozialversicherungsnummer Waise (unbedingt erforderlich)

Rechts- bzw. Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen:

leibliches Kind Pflege-, Stief- oder Enkelkind angenommenes Kind

3. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung der Waise gestellt vom:

- Elternteil (bitte bei **volljähriger** Waise Kopie der Vollmacht beifügen)
- Vormund (bitte Nachweis beifügen)
- Bevollmächtigten (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)
- Betreuer (bitte Kopie des Nachweises über den Umfang der Betreuung beifügen)

Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung Telefonnummer (Angabe freigestellt)

Straße, Hausnummer ggf. Postfach Postleitzahl Ort

4. Bankverbindung

IBAN (maximal 34 Stellen) BIC (11 Stellen)

Geldinstitut ggf. abweichender Kontoinhaber

Z - 554-32 - BW036136 - 05/2024

5. Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung
 Name der Krankenkasse

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die KVBW Zusatzversorgung verpflichtet, im Rentenfall Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Liegt für Sie Elterneigenschaft vor? (Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?)

ja nein

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung

6. Anspruch auf gesetzliche Rente

Besteht Anspruch auf Rente **aus der gesetzlichen Rentenversicherung?**
 (Deutsche Rentenversicherung Bund - Länder - Knappschaft)

ja

Die KVBW Zusatzversorgung fordert nach § 48 Abs. 2 Satz 2 bis 5 der Kassensatzung die für die Feststellung des Eintritts des Versicherungsfalls und die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung an.

Falls eine elektronische Datenübertragung nicht möglich ist, informiert die KVBW Zusatzversorgung Sie hierüber.

Nein, ich habe **keinen** Anspruch auf Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil dort die Wartezeit oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. wegen Befreiung von der Versicherungspflicht) nicht erfüllt sind.

Wenn nein: Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Rechts-/Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen (z. B. Abstammungsurkunde, Adoptionsurkunde) bei.

7. Weitere Angaben (nur von volljährigen Waisen auszufüllen, wenn Ziffer 6 verneint wurde)

vom bis (voraussichtliches Ende)

Ich befinde mich in einer Ausbildung

Art der Ausbildung (z. B. Schulausbildung, Studium, Berufsausbildung)

Bitte Nachweis beifügen.

Ich leiste ein freiwilliges soziales / ökologisches Jahr, vom bis (voraussichtliches Ende)
 Bundesfreiwilligendienst oder einen sonstigen nationalen / internationalen Freiwilligendienst

Bitte Nachweis beifügen.

Ich bin auf Grund einer Behinderung nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen.

Bitte ärztliches Gutachten beifügen.

8. Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung

Nur auszufüllen, wenn der Verstorbene noch keine Betriebsrente von der KVBW Zusatzversorgung erhalten hat.

War der Verstorbene auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder usw.) versichert oder hatte der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich (außer VBL) erworben?

ja nein

Wenn ja: Wurde bereits ein Antrag auf Überleitung gestellt?

ja nein

Wenn nein: Sind Beiträge erstattet worden?

ja nein

Wenn nein: Der Verstorbene war bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert für die Zeit

vom bis

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Aktenzeichen/Versicherungsnummer

vom bis

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Aktenzeichen/Versicherungsnummer

9. Drittverschulden

Steht der Rentenfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde (z. B. Unfall)?

ja nein

Wenn ja:

Name und Anschrift des Schädigers

Tag des Schadensereignisses

Haftpflichtversicherung (inkl. Anschrift)

Haftpflichtschaden-Nummer

Ermittelnde Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Bitte beachten Sie die Abtretungserklärung in Ziffer 10 und schildern Sie uns den Schadenshergang.

10. Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- die Überleitung von Versicherungszeiten nach Ziffer 8 beantrage, sofern bisher keine Überleitung beantragt worden war,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die KVBW Zusatzversorgung zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die KVBW Zusatzversorgung **abtrete**,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der KVBW Zusatzversorgung Auskünfte erteilen darf, die zur Verfolgung von rechtsgrundlosen Rentenüberzahlungen notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Auskünfte über weitere Verfügungsberechtigte meines Kontos, den Kontostand im Zeitpunkt der Gutschrift der Rentenzahlung und die Kontobewegungen ab dem Todestag. (Entbindung vom Bankgeheimnis)

Ich verpflichte mich,

- die KVBW Zusatzversorgung unverzüglich in Textform (z. B. Brief, E-Mail, Telefax) zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren; dies ist **insbesondere** der Fall, wenn
 - der Rentenversicherungsträger die Zahlung der Waisenrente einstellt,
 - sich mein Name oder meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
 - der Anspruch auf Kindergeld wegfällt
 - die Schul-/Berufsausbildung, das freiwillige soziale/ökologische Jahr, der Bundesfreiwilligendienst oder sonstige Freiwilligendienst beendet oder unterbrochen wird,
 - der Bezug einer Waisenrente aufgrund einer Behinderung, die Unterhaltsbedürftigkeit wegfällt.
- Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen. Hiermit beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meiner Erben, überzahlte Beträge der KVBW Zusatzversorgung zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann von mir - nicht aber von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden.

Unterschrift

Ort, Datum

11. Sonstige Anlagen

Bitte Dokumente in Kopie beilegen. Eingereichte Unterlagen werden nicht zurückgeschickt!

Angaben des Arbeitgebers**! Die Ziffern 12 bis 15 sind nur auszufüllen, wenn die ZVKRente (Pflichtversicherung) bis zum Tod des Verstorbenen bestanden hat.****12. Arbeitsverhältnis**

Die Abmeldung ist beigefügt.
wurde bereits übersandt.
ist/wird im Abrechnungsmonat über DATÜV-ZVE erfolgt/erfolgen.

13. Sonstiges

Ist der Tod durch einen Arbeitsunfall eingetreten, der im Zusammenhang mit dem der ZVKRente (Pflichtversicherung) zugrunde liegenden Arbeitsverhältnis steht?

ja nein

Wenn ja, bitte den Bescheid der Berufsgenossenschaft beifügen.

14. Drittverschulden

Steht der Rentenfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde (z. B. Unfall)?

ja nein nicht bekannt

15. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben richtig sind.

Hinweis: Bitte ergänzen Sie auf Seite 1 die Sozialversicherungsnummern und Steuer-Identifikationsnummer, falls diese vom Antragsteller nicht angegeben wurden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Ansprechpartner

Telefonnummer

Arbeitgeberanschrift/Dienstsiegel/Stempel

Ort, Datum, Unterschrift