

**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](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

### 1. Angaben zur Waise

|                             |                 |  |   |
|-----------------------------|-----------------|--|---|
| Versicherungsnummer         | Mitgliedsnummer | Geburtsdatum   | Steuer-Identifikationsnummer Waise (unbedingt erforderlich) |
| Name, ggf. auch Geburtsname |                 | Vorname  |   |
| Straße, Hausnummer          |                 | Sozialversicherungsnummer Waise (unbedingt erforderlich) |   |
| Postleitzahl                | Ort             | Telefonnummer (Angabe freigestellt)                      |   |

### 2. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung der Waise gestellt vom:

|  |
|--|
| 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

### 3. Bankverbindung

|              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| BIC          | IBAN                           |
| Geldinstitut | ggf. abweichender Kontoinhaber |

### 4. 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

## 5. 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.

## 6. Weitere Angaben (nur von volljährigen Waisen auszufüllen, wenn Ziffer 5 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.

## 7. 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 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

## 8. Sonstige Anlagen

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