

Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

## Antrag auf Betriebsrente für Hinterbliebene, deren Ehepartner:in aus dem aktiven Versicherungsverhältnis heraus verstorben ist

Bitte nur Kopien beifügen. Unterlagen nicht klammern oder heften.

Versicherungsnummer der / des Verstorbenen

Vertragsnummer PlusPunktRente Tarif 2002-M (falls vorhanden)

Dieser Vordruck gilt auch für die PlusPunktRente des Tarifs 2002-M. PlusPunktRenten aus den Tarifen 2010/2010-U und 2017 beantragen Sie bitte mit unserem gesonderten Vordruck.

### Teil 1 – von Antragsteller:in auszufüllen

**A** Angaben zur Person der:des Verstorbenen (Bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname (frühere Namen)

Tag der Eheschließung

Sterbedatum

**B** Angaben zur Person der:des Hinterbliebenen (Bitte fügen sie dem Antrag eine Kopie Ihrer Heirats- beziehungsweise Lebenspartnerschaftsurkunde bei.)

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße, Hausnummer

Geburtsname

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Sozialversicherungsnummer (12-stellig)\*

Steuer-Identifikationsnummer\* (nicht die Steuernummer)

\*Bitte achten Sie darauf, hier Ihre eigene Sozialversicherungsnummer und Steueridentifikationsnummer (zu finden auf z.B. letztem Steuerbescheid oder Lohnsteuerkarte) anzugeben und nicht die der verstorbenen Person.

### C Angaben zur Überweisung der Rente

Eine monatliche Überweisung auf ein Konto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist nicht möglich.

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber:in

### D Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

1. Beziehen Sie eine Hinterbliebenenrente von der Deutschen Rentenversicherung oder haben Sie diese beantragt?

ja  nein

wenn ja: Fügen Sie bitte eine Kopie des **vollständigen Witwen-/Witwerrentenbescheides mit allen Seiten und Anlagen bei**.

wenn nein: Bitte weisen Sie uns nach, dass Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Anspruch auf Witwen-/Witwerrente haben (z.B. durch eine Kopie des Befreiungsbescheides der:des Verstorbenen zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung).

Füllen Sie bitte auch den Fragebogen „Einkommensanrechnung“ aus.

### E Sonstige Angaben

1. Sind Sie bei der kvw-Zusatzversorgung versichert oder beziehen Sie von dieser eine eigene Betriebsrente?

ja  nein

wenn ja: Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

2. Ist der Tod auf Drittverschulden zurückzuführen?

ja  nein

wenn ja: Geben Sie bitte Name und Anschrift des Schädigers und dessen Haftpflichtversicherung sowie Anschrift und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft an und füllen Sie die Anlage „Abtretungserklärung“ aus.

3. War die:der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z.B. kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse, Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) versichert oder hat sie:er bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Ansprüche aus einem Eheversorgungsausgleich erworben?

ja  nein

wenn ja:

Die Überleitung / Anerkennung wurde bereits bei den kvw beantragt.

Hiermit beantrage ich die Überleitung /Anerkennung folgender Zeiten:

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)

von

bis

Zusatzversorgungseinrichtung

Versicherungsnummer

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. War die verstorbene Versicherte während ihrer Mutterschutzzeiten in der Zusatzversorgung pflichtversichert und beantragen Sie die Berücksichtigung dieser Zeiten?

ja     nein

Hat kein Anspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung bestanden? Dann benötigen wir eine Kopie der Bescheinigung über Mutterschaftsgeld oder eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes als Nachweis

## F Kranken- und Pflegeversicherung

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, von der Betriebsrente Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Wir benötigen deshalb diese Angaben zu Ihrer Krankenkasse:

### 1. Ich bin Mitglied

bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung.  
(zum Beispiel AOK, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Knappschaft)

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

---

bei einer privaten Kranken-/Pflegeversicherung.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

---

2. Soweit Sie bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung pflichtversichert sind, liegt Elternschaft vor? Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

ja     nein

Wenn ja, wie viele Kinder haben das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet? \_\_\_\_\_ Kinder  
Bitte fügen Sie dem Antrag Nachweise bei (z.B. Geburtsurkunde o.Ä.).

## Erklärungen der:des Antragstellerin:Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- alles richtig und vollständig angegeben habe.
- mit der Überweisung meiner Rente an den Arbeitgeber (Abtretungserklärung) in Höhe seines Ersatzanspruches wegen der Gewährung vorschussweise gezahlter Krankengeldzuschüsse einverstanden bin.
- das jeweils kontoführende Institut beauftrage, mit Wirkung auch meinen Erb:innen gegenüber, überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Bei Rentenzahlungen entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut – auch mit Wirkung für meine Erb:innen – gegenüber der kvw- Zusatzversorgung insoweit vom Bankgeheimnis, als dies für die Korrespondenz dieses Geldinstituts zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.
- Überzahlungen, die durch Verletzung der Anzeigepflichten entstehen, sowie Leistungen, auf die ich keinen Anspruch habe, der kvw-Zusatzversorgung umgehend erstatte.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die folgenden Anzeigepflichten zu beachten und die kvw-Zusatzversorgung zu informieren, bei

- Änderungen der Anschrift und der Bankverbindung
- Beendigung der Zahlung oder Umwandlung der Rentenart der gesetzlichen Rente
- Änderung der zuständigen Krankenkasse
- Änderung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der Anrechnung von Einkommen
- erneute Eheschließung/Schließung einer Lebenspartnerschaft der:des Witwe:rs

### Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Datum, Unterschrift

---

**Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-4455 [rente@kvw-muenster.de](mailto:rente@kvw-muenster.de)**

## Teil 2 – vom Arbeitgeber auszufüllen

(Sofern das zusatzversorgungspflichtige Arbeitsverhältnis bis zum Todestag bestanden hat.)

### A Abmeldung aus der Pflichtversicherung

- ist beigefügt       wurde bereits übersandt
- wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_
- ist am \_\_\_\_\_ über DATÜV erfolgt.
- wird am \_\_\_\_\_ über DATÜV erfolgen.

Bescheinigen Sie bitte grundsätzlich das zusatzversorgungspflichtige Entgelt bis zum Todestag. Ohne die Jahresmeldung/Abmeldung aus der Pflichtversicherung kann der Betriebsrentenantrag nicht bearbeitet werden.

### B Wurde eine Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG vereinbart?

- ja       nein

Hinweis: Maßgeblich sind sämtliche Verträge der Entgeltumwandlung, unabhängig von der Institution bzw. des Unternehmens bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde. Betragsänderungen vermerken Sie bitte auf der Rückseite.

wenn ja:

Betrag monatlich \_\_\_\_\_ €

Seit dem \_\_\_\_\_ (gegebenenfalls beendet am) \_\_\_\_\_

### C Wurde eine Teilzeitarbeit nach dem Altersteilzeitgesetz vereinbart?

- ja       nein      Datum der Vereinbarung: \_\_\_\_\_

### D Wird ein Ersatzanspruch auf die Betriebsrente wegen vorschussweise gezahlter Krankengeldzuschüsse geltend gemacht?

- ja       nein      in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Die:Der Antragsteller:in wurde hierüber informiert.

Wird Ersatzanspruch aus sonstigen Gründen erhoben, ist eine Abtretungserklärung der:des Antragstellerin:Antragstellers mit Betragsangabe erforderlich

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Stempel des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen

E-Mailadresse für Rückfragen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:

Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf Betriebsrente für Witwen:Witwer und eingetragene Lebenspartner:innen für

Name, Vorname der:des Hinterbliebenen

---

Versicherungsnummer der kwv

---

mit der Bitte um Bearbeitung.

Checkliste:

Kopie der Sterbeurkunde

- siehe Teil I, A

Kopie der Heiratsurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde

- siehe Teil I, B

Kopie des vollständigen Witwen-/Witwerrentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung mit allen Seiten und Anlagen

- siehe Teil I, D
- nicht für Witwen/Witwer und hinterbliebene Lebenspartner:innen von Versicherten in berufsständischen Versorgungswerken

Anlage "Geburtsurkunden"

- siehe Teil I, F 2.

Jahresmeldung sowie Abmeldung durch den Arbeitgeber

- siehe Teil II, A