

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

## **Antrag auf Betriebsrente für Waisen, deren Elternteil aus dem aktiven Versicherungsverhältnis heraus verstarb**

Bitte nur Kopien beifügen. Unterlagen nicht klammern oder heften.

Der Antrag ist für jede Waise getrennt zu stellen.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht, wenn und solange die Waisen einen entsprechenden Rentenanspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, längstens jedoch bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Gewährung von Kindergeld beziehungsweise kindbedingten Steuerfreibeträgen (§ 32 Absatz 3 und 4 Satz 1 EStG).

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

\_\_\_\_\_

Geburtsname (frühere Namen)

Geburtsdatum

Sterbedatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B Angaben zur Person der Waisen

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer (12-stellig)\*

\_\_\_\_\_  
Steuer-Identifikationsnummer (nicht die Steuernummer)

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

Rechtsverhältnis der Waisen zur:zum Verstorbenen  Kind  Pflegekind

In der Zusatzversorgung besteht ein Anspruch auf Waisenrente, wenn die Waise im Sinne des § 32 Absatz 1 Nummer 2 EStG ein leibliches Kind, ein adoptiertes Kind oder ein Pflegekind der:des Verstorbenen ist.

## C Angaben zur Person der:des gesetzlichen Vertreterin:Vertreters bei minderjährigen Waisen oder Betreuerin:Betreuers (Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bei.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

D Zusätzliche Angaben bei volljährigen Waisen (Bitte reichen Sie Nachweise/Bescheinigungen nur in Kopie ein.)

Ich befinde mich in Ausbildung  
vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Art der Ausbildung (Schul-/Berufsausbildung, Studium) \_\_\_\_\_

Ich leiste ein freiwilliges soziales / ökologisches Jahr  
vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Ich habe gesetzlichen Wehr-, Zivil- oder gleichgestellten Dienst geleistet  
vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

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

#### E Angaben zur Überweisung der Rente

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

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

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

#### F Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

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

ja  nein

wenn ja:

Fügen Sie bitte eine Kopie des **vollständigen Waisenrentenbescheides mit allen Seiten und Anlagen** bei.

wenn nein:

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

## G Sonstige Angaben

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

ja  nein

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

3. War die:der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen oder kirchlichen Dienstes versichert?

ja  nein

wenn ja:

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Versicherungsnummer

Zeitraum von

bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reichen Sie bitte den Antrag auf Überleitung beziehungsweise gegenseitige Anerkennung ein.

## H 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)

3. War die Verstorbene während ihrer Mutterschutzzeiten in der Zusatzversorgung pflichtversichert und beantragen Sie die Berücksichtigung dieser Zeiten?

Wenn Sie keinen Anspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, fügen Sie bitte Nachweise in Kopie bei, zum Beispiel Bescheinigung über Mutterschaftsgeld oder Geburtsurkunde des Kindes.

ja  nein

## **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
- Beendigung des Kindergeldanspruchs
- Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung oder Unterbrechung bei Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

### **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 Waisen für

Name, Vorname der Waise

---

Versicherungsnummer der kvw

---

mit der Bitte um Bearbeitung.

Checkliste:

Kopie der Sterbeurkunde

- siehe Teil I, A

Kopie der Geburtsurkunde

- siehe Teil I, B

Kopie der Betreuungsurkunde

- siehe Teil I, C

Kopien der Nachweise und Bescheinigungen für Ausbildung/Studium

- siehe Teil I, D
- bei volljährigen Waisen

Kopie des vollständigen Waisenrentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung mit allen Seiten und Anlagen

- siehe Teil I, F
- nicht für Waisen von Versicherten in berufsständischen Versorgungswerken

Kopie der Geburtsurkunden

- siehe Teil I, H 2