

Pflichtversicherung EZVKGrund

Antrag auf Betriebsrente für volljährige Waisen

Versichertennummer/Unser Zeichen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur/zum Verstorbenen

Name	Vorname
Geburtsdatum	verstorben am

2. Angaben zur Waise

Name	Vorname	Steuer-Identifikationsnummer																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
Straße, Hausnummer																						
PLZ	Ort	Land																				
Geburtsdatum	Telefonnummer	E-Mail																				

3. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung der Waisen gestellt von

☐ Bevollmächtigten ☐ Betreuer

(Bitte reichen Sie einen Nachweis der Vertretungsbefugnis ein (Vollmacht, Bestallungsurkunde).

4. Angaben zur Bankverbindung

Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers
Name und Sitz des Geldinstituts
IBAN (max. 34 Stellen)
BIC (8 - 11 Stellen)

Hinweis: Betriebsrenten können ausschließlich auf ein Girokonto innerhalb eines Mitgliedsstaates des Europäischen Wirtschaftsraums überwiesen werden.

5. Rechtsverhältnis der Waisen zur/zum Verstorbenen

☐ Leibliches Kind ☐ Angenommenes Kind ☐ Pflegekind/Stiefkind*

* Kind, das im Haushalt der/des Verstorbenen dauerhaft und nicht zu Erwerbszwecken aufgenommen wurde und in einem Obhuts- und Pflegeverhältnis zur/zum Verstorbenen stand.

6. Allgemeine Angaben

6.1 Steht der Tod im Zusammenhang mit einer Schädigung, die von einem Dritten (z. B. bei einem Verkehrsunfall) verursacht worden ist?

Ja ☐

Nein ☐

6.2 Wenn die/der Verstorbene bei uns eine freiwillige Versicherung EZVKPlus abgeschlossen hatte und Sie daraus Waisenrente beantragen möchten, senden wir Ihnen gerne das dafür benötigte Antragsformular zu.

Ich bitte um Übersendung des Antragsformulars

Ja ☐

Nein ☐

6.3 Nur auszufüllen, wenn die/der Verstorbene noch keine Rente von der Zusatzversorgungskasse erhalten hat. War die/der Verstorbene bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert?

Ja ☐

Nein ☐

für die Zeit vom	bis	Name der ZVE	Versicherungsnummer
für die Zeit vom	bis	Name der ZVE	Versicherungsnummer

Sind die Beiträge erstattet worden?

Ja ☐

Nein ☐

Hat die/der Verstorbene bei uns bereits einen Antrag auf Überleitung gestellt?

Ja ☐

Nein ☐

7. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Eine Waisenrente von der Deutschen Rentenversicherung

☐ ist bewilligt.

☐ ist beantragt.

☐ wird wegen Befreiung der/des Verstorbenen zugunsten anderer Versorgungswerke (z. B. Ärzte, Architekten) nicht beantragt.

8. Angaben, wenn kein Anspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht

8.1 Begründung des Anspruchs (bitte Nachweise beifügen)

☐ Schulausbildung vom bis (voraussichtliches Ende)
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

☐ Berufsausbildung vom bis (voraussichtliches Ende)
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

☐ Studium vom bis (voraussichtliches Ende)
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

☐ Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr vom bis (voraussichtliches Ende)
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

☐ Behinderung seit
Tag Monat Jahr

☐ Übergangszeit vom bis (höchstens vier Kalendermonate)
zwischen zwei Ausbildungsabschnitten bzw. Ausbildungsabschnitt und Wehr-/Zivildienst/freiwilligem sozialen/ökologischen Jahr
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

8.2 Wurde die Schul-/Berufsausbildung durch die Erfüllung des gesetzlichen/freiwilligen Wehr- oder Zivildienstes oder eines gleichgestellten Dienstes unterbrochen oder verzögert?

Ja ☐

Nein ☐

(Bitte Nachweise beifügen)

Dauer des Dienstes vom bis
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

9. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

1. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche Fragen richtig und vollständig beantwortet habe.
2. Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung über meine dortigen Rentenbezüge und das zugrunde liegende Versicherungsverhältnis gegenüber der EZVK Auskunft erteilt.
3. Ich beantrage die Überleitung von Versicherungszeiten nach Ziffer 6.3, sofern bisher keine Antragstellung erfolgt ist.
4. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung von Verhältnissen, die meinen Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können, unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Dies ist insbesondere der Fall bei
 - einer Änderung meines Namens oder meiner Anschrift sowie bei Verlegung des Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts ins Ausland,
 - Beendigung, Wegfall oder Versagung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - das Ende der Schul- oder Berufsausbildung, des freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres bzw. des Bundesfreiwilligendienstes,

5. Umgang mit überzahlten Rentenleistungen:

- Im Leistungszeitraum:
Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an die EZVK zurückzuzahlen sind. Dies kann auch durch Verrechnung mit künftigen Leistungen geschehen.
- Im Todesfall:
Gemäß § 40 Abs. 1 Buchstabe a der Satzung erlischt der Anspruch auf Betriebsrente der/des Betriebsrentenberechtigten mit dem Ablauf des Monats, in dem die/der Berechtigte verstorben ist. Beträge, die für einen späteren Zeitraum in Unkenntnis des Todes ausgezahlt werden, sind „überzahlte Beträge“ im Sinne dieses Abschnitts. Vor diesem Hintergrund **trete ich hiermit meinen Auszahlungsanspruch** aus dem jeweiligen Girovertrag in Höhe der überzahlten Beträge an die EZVK **ab**.

Ich erteile ferner der EZVK **Vollmacht**, sich die überzahlten Beträge von dem zum Zeitpunkt meines Todes kontoführenden Kreditinstitut auszahlen zu lassen bzw. **ermächtige** die EZVK, das entsprechende Guthaben mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, den entsprechenden Auftrag der EZVK auszuführen bzw. die von der EZVK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die vorstehend abgegebenen Erklärungen sind unwiderruflich und gelten für den Fall meines Todes. Sie haben Wirkung auch gegenüber meinen Erben.

Ich entbinde das kontoführende Kreditinstitut – ebenfalls mit Wirkung für die Erben – gegenüber der EZVK **vom Bankgeheimnis**, soweit dies zur Klärung und Realisierung des Rück- bzw. Auszahlungsanspruchs der EZVK erforderlich ist, und beauftrage es, insbesondere Namen und Anschrift etwaiger neuer Kontoinhaber bzw. von Personen, die über die überzahlten Beträge verfügt haben, an die EZVK herauszugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Dem Antrag ist beizufügen:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| ■ Waisenrentenbescheid/e der gesetzlichen Rentenversicherung (Kopie)* | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |
| ■ Anlage/n zum Rentenantrag (von der zuständigen Krankenkasse ausgefüllt und unterschrieben) | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |
| ■ Geburtsurkunde (Kopie) | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |
| ■ Sterbeurkunde, bei Vollwaisen die Sterbeurkunden sämtlicher Elternteile (Kopie) | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |
| ■ Vollmacht bei möglicher Vertretung | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |

Zusätzlich bei nicht gesetzlich Rentenversicherten

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| ■ Befreiungsbescheid der/des Verstorbenen zur gesetzlichen Rentenversicherung (Kopie) | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |
| ■ Nachweise über Schul- bzw. Berufsausbildung, Studium, freiwilliges soziales/ökologisches Jahr oder Behinderung | ☐ liegt bei | ☐ wird nachgereicht | ☐ liegt bereits vor |

* Das Deckblatt und die Folgeseiten des Rentenbescheids sowie die folgenden Anlagen:

- Berechnung der Rente
- Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte
- Hinweise zum Rentenbescheid

Ihr gesetzlicher Rentenbescheid muss nicht alle diese Anlagen beinhalten. Sollten Sie sich unsicher sein, steht es Ihnen frei, uns stattdessen den kompletten Bescheid mit sämtlichen Anlagen einzureichen.

Anlage zum Rentenantrag

Die EZVK ist gesetzlich verpflichtet, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Zur Prüfung der Beitragspflicht benötigen wir Angaben zu Ihrer Krankenkasse (§ 202 SGB V). Den ausgefüllten Vordruck fügen Sie bitte dem Rentenantrag bei. Bei Antrag auf Waisenrente bitten wir, für jede Waise einen gesonderten Vordruck auszufüllen.

1. Von der Antragstellerin/dem Antragsteller auszufüllen

Versichertennummer EZVK

1.1 Persönliche Angaben

Name			Vorname	
Sozialversicherungsnummer				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl		Ort		
Land		Geburtsdatum		
Telefon		E-Mail		

1.2 Angaben zur Elterneigenschaft

Mit der Einführung des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes haben kinderlose Versicherte nach § 55 Abs. 3 SGB XI einen Beitragszuschlag für die Pflegeversicherung zu leisten. Sofern für Sie die Elterneigenschaft gegeben ist, bitten wir Sie, uns einen Nachweis (z. B. Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde, Kindergeldbescheid) einzureichen.

1.3 Angaben zu weiteren Betriebsrenten (Die Rente der Deutschen Rentenversicherung ist nicht anzugeben)

Ich erhalte neben der Betriebsrente der EZVK weitere Betriebsrenten von anderen Stellen (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder – VBL, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskassen, Pensionskasse) oder habe solche beantragt.

☐ nein ☐ ja, von

1.4 Angaben zur Krankenkasse

Sie sind ☐ bei einem privaten oder ausländischen Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Name und Ort des privaten Krankenversicherungsunternehmens

☐ Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, BKK, IKK, landwirtschaftliche Kasse) und dort

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert versichert seit

Name der gesetzlichen Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse Postleitzahl Ort

1.5 Angaben zum Krankengeld

Sofern Sie eine Erwerbsminderungsrente beantragen/beziehen, sind die Angaben unter Punkt 2. von Ihrer Krankenkasse auszufüllen. Bitte reichen Sie das Formular an Ihre zuständige Krankenkasse weiter.

Bei einem Antrag auf Altersrente sind die Angaben durch die Krankenkasse ausschließlich dann notwendig, wenn ab dem Rentenbeginn ein Krankengeldbezug vorliegt.

Ort, Datum	Unterschrift (Antragstellerin/Antragsteller, Vertreter)

2. Von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen

Name		Vorname	
Sozialversicherungsnummer			

2.1 Angaben zum Krankengeldbezug

Wurde/Wird für die Zeit nach dem Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt Krankengeld gezahlt?

☐ nein

☐ ja ab _____

Wenn ja, benötigen wir die Daten der Abrechnung des Erstattungsanspruchs mit der Deutschen Rentenversicherung nach § 103 SGB X in Verbindung mit § 50 SGB V.

Bitte geben Sie – sofern ein **gekürztes Krankengeld** gezahlt wurde – den entsprechenden Zeitraum und die tägliche Bruttohöhe des Krankengeldes an.

von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€

Wird weiterhin Krankengeld gezahlt?

☐ nein

☐ ja, bis zum:

--

2.2 Bestätigung der Krankenkasse

Betriebsnummer der			
PLZ, Ort		Telefon	
Datum, Unterschrift			
Dienstsiegel/ Stempel			

Zahlstellenummer der EZVK: 108 017 49

Zurück an

Evangelische Zusatzversorgungskasse
Holzhofallee 17 a
64295 Darmstadt