

Freiwillige Versicherung EZVKPlus
Antrag auf Weitergewährung der Waisenrente

Versichertennummer

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

1. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname		Steuer-Identifikationsnummer
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land
Geburtsdatum	Telefonnummer	E-Mail

2. Angaben zur Bankverbindung (Rentenleistungen können nur auf ein Girokonto überwiesen werden)

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

IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank.

3. Angaben zur Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus

Besteht ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund) oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ Ja Der Weitergewährungsbescheid ist mit allen Anlagen einzureichen.

☐ Nein Bitte folgende Angaben ergänzen:

☐ Ich befinde mich in Ausbildung
 von voraussichtlich bis
 Art der Ausbildung (z. B. Schul- oder Berufsausbildung, Studium)

☐ Ich leiste ein freiwilliges Jahr/einen freiwilligen Dienst gem § 32 Abs. 4 Nr. 2 d EStG
 von voraussichtlich bis

☐ Ich erfülle derzeit die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 Nr. 1 bzw. Nr. 2 b) oder c) EStG

☐ Ich bin auf Grund körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, für mich selbst zu sorgen.

Bitte fügen Sie für diese Angaben Nachweise bei.

4. Angaben zur Weitergewährung über das 21. bzw. 25. Lebensjahr hinaus

Ein Anspruch auf Verlängerung der Waisenrente über das 21. bzw. 25. Lebensjahr hinaus besteht maximal für die Dauer des inländischen gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes, wenn dieser bis zum 01.07.2011 angetreten wurde. Im Falle eines entsprechenden Dienstes in einem Mitgliedsstaat der EU oder des EWR gilt § 32 Abs. 5 S. 2 EStG. Ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ist kein gleichgestellter Dienst. Die Waisenrente endet spätestens mit Vollendung des 26. Lebensjahres.

Schul- und Berufsausbildung

von		bis	
von		bis	
von		voraussichtlich bis	

Gesetzlicher Wehr-, Zivil- oder gleichgestellter Dienst

von		bis	
-----	----------------------	-----	----------------------

Hinweis: Wenn die freiwillige Versicherung, die zur Gewährung der Waisenrente führt, vor dem 01.01.2007 abgeschlossen wurde, ist bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen nicht auf das 25. Lebensjahr, sondern auf das 27. Lebensjahr abzustellen.

Bitte fügen Sie für diese Angaben Nachweise bei.

5. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

- 5.1. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche Fragen richtig und vollständig beantwortet habe.
- 5.2. Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung über meine dortigen Rentenbezüge und das zugrunde liegende Versicherungsverhältnis gegenüber der EZVK Auskunft erteilt.
- 5.3. Mitteilungspflichten:

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, der Kasse eine Verlegung meines Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts, eine Änderung meiner Krankenkasse oder Bankverbindung sowie jede Änderung von Verhältnissen, die meinen Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können, unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Ich bin verpflichtet, innerhalb einer von der Kasse gesetzten Frist die zur Leistungsgewährung notwendigen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Nachweise vorzulegen, wenn ich dazu aufgefordert werde. Komme ich meiner Mitteilungs-, Auskunfts-, oder Nachweispflicht nicht nach, kann die Kasse die Rentenleistung für diesen Zeitraum zurückbehalten.

Nähere Hinweise zu meinen konkreten Mitteilungspflichten sowie auf die Konsequenzen eines Unterlassens kann ich den jeweils geltenden AVB und den vor Vertragsschluss überlassenen weiteren Vertragsinformationen (z. B. in Form der Rahmenbedingungen EZVKPlus) entnehmen.

- 5.4 Umgang mit überzahlten Rentenleistungen:

- (1) Im Leistungszeitraum:

Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an die EZVK zurückzuzahlen sind. Dies kann auch durch Verrechnung mit zukünftigen Leistungen der Kasse geschehen.

- (2) Im Todesfall:

Gemäß den geltenden AVB 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

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