STADT FRANKFURT AM MAIN

DER MAGISTRAT
Zusatzversorgungskasse

Stand: März 2025

Eingangsstempel (ZVK)

Magistrat der Stadt Frankfurt am Main
- Zusatzversorgungskasse -
(Amt 11E)
60275 Frankfurt

Antrag auf Betriebsrente für Waisen

Hinweis zum Datenschutz:

Die ZVK Frankfurt a. M. als verantwortliche Stelle erhebt und verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Antragsbearbeitung ausschließlich zum Zweck der Antragbearbeitung. Ihre Daten werden außer in den gesetzlich geregelten Fällen nicht an Dritte weitergegeben. Nähere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Betroffenenrechten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter www.frankfurt.de/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/zusatzversorgungskasse/datenschutzhinweise

1. Angaben zur Person der/des Verstorbenen

Familienname (ggf. auch Geburtsname), Vorname(n)	Geburtsdatum
ZVK-Versicherungsnummer	Renten-/ Sozialversicherungsnummer
Sterbedatum* *) Bitte Sterbeurkunde beifügen.	

2. Angaben zur Person der Waise

Familienname (ggf. auch Geburtsname), Vorname(n)		Geburtsdatum* *) Bitte Abstammungs-urkunde beifügen
Steuer-Identifikationsnummer		Eigene Renten-/ Sozialversicherungsnummer
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Wohnland (bei Wohnsitz im Ausland)
Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	

3. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der Waise gestellt vom

☐ Elternteil* ☐ Vormund* ☐ Bevollmächtigten* ☐ Betreuer* *) Bitte Nachweis / Vollmacht / Betreuerausweis beifügen.

Name, Vorname bzw. Bezeichnung der betreuenden Einrichtung		
Postleitzahl	Wohnort, Straße und Hausnummer	Wohnland (bei Wohnsitz im Ausland)
Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	

4. Bankverbindung

IBAN (max. 34 Stellen)	BIC (max. 11 Stellen)
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaberin / Kontoinhaber

5. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Besteht ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund – Länder – Knappschaft)?

☐ Ja — Die ZVK fordert die für die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung an.

☐ Nein — Ich habe **keinen** Anspruch auf Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil d. Verstorbene von der Versicherungspflicht befreit war oder dort die Wartezeit nicht erfüllt hat.

Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Rechts- / Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen bei (z. B. Abstammungs- / Adoptionsurkunde).

6. Weitere Angaben (nur von volljährigen Waisen auszufüllen, wenn Frage 5 verneint wurde)

☐ Ich befinde mich in Ausbildung von bis voraussichtlich

Art der Ausbildung

☐ Schulausbildung* ☐ Berufsausbildung* ☐ Studium*

☐ Ich leiste ein freiwilliges soziales / ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder sonstigen nationalen / internationalen Freiwilligendienst.*

☐ Ich bin auf Grund einer Behinderung nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen*
(In diesem Fall benötigen wir als Nachweis den Bescheid der Familienkasse über die Gewährung des Kindergeldes.)

*) Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

7. Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung

Nur auszufüllen, wenn d. Verstorbene noch keine Betriebsrente von der ZVK Frankfurt erhalten hat.

Sofern der / die Verstorbene noch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert war, tragen Sie diese Zeiten bitte hier ein:

für die Zeit von bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktenzeichen	Wurden die Beiträge erstattet?
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein

Wenn d. Verstorbene Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung haben, so geben Sie diese bitte hier an:

Ehezeit von bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr. / Aktenzeichen

Ich beantrage die Überleitung / Anerkennung der oben genannten Versicherungszeiten, sofern die Beiträge nicht erstattet wurden.

8. Drittverschulden

Wenn der Rentenantrag im Zusammenhang mit einem Unfall steht, der durch eine weitere Person verursacht wurde, machen Sie uns bitte die nachfolgenden Angaben:

Falls ja, wer hat den Schaden verursacht (Name, Anschrift)?	
Haftpflichtversicherung (Name, Anschrift)	
Tag des Schadenereignisses	Haftpflichtschaden-Nummer
Ermittelnde Polizeidienststelle	Aktenzeichen

9. Krankenversicherung/Pflegeversicherung

☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken- / Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer

Liegt für Sie Elterneigenschaft vor, sofern Sie das 23. Lebensjahr vollendet haben? (Haben / Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?)

☐ ja* ☐ nein

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Kranken- / Pflegeversicherung

☐ Ich bin nicht in Deutschland krankenversichert

10. Erklärung

Name (ggf. Geburtsname), Vorname | ZVK-Versichertennummer

- Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

  - die Angaben richtig und vollständig gemacht habe,

  - etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung der Leistung verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die Zusatzversorgungskasse abtrete,

    Ich beauftrage das jeweils kontoführende Institut, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Soweit dieses nicht oder nicht vollständig ausreicht, beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung für meine Erben, der Zusatzversorgungskasse Namen und Anschrift der Personen, die über den Betrag verfügt haben, und den etwaigen neuen Kontoinhaber zu benennen. Insoweit entbinde ich das kontoführende Geldinstitut gegenüber der Zusatzversorgungskasse von seinen vertraglichen Verschwiegenheits- und Geheimhaltungspflichten, insbesondere vom Bankgeheimnis.

- Ich bin verpflichtet, die ZVK unverzüglich in Textform zu unterrichten, wenn sich Änderungen ergeben, die den Anspruch auf Betriebsrente nach Grund oder Höhe berühren können. Das ist **insbesondere** dann der Fall, wenn

  - sich mein Name meine Anschrift oder Bankverbindung ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,

  - der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt,

  - nach der Vollendung des 18. Lebensjahres 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.

  Die ZVK fordert 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. Dies gilt nach Rentenbeginn auch für die Prüfung des Anspruchs auf Betriebsrente dem Grunde und der Höhe nach.

  Soweit eine elektronische Datenübertragung der erforderlichen Daten nicht möglich ist, muss ich die erforderlichen Nachweise selbst zur Verfügung stellen.

- Ich verpflichte mich, Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge der Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen.

Ort und Datum | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Name (ggf. Geburtsname), Vorname	Mitgliedsnummer	ZVK-Versichertennummer

Angaben des Arbeitgebers

Die Ziffern 11 bis 12 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Tod des / der Versicherten bestanden hat.

11. Angaben zum Arbeitsverhältnis

Die Abmeldung

☐ ist beigefügt.

☐ wurde bereits übersandt.

☐ ist am _____ über DATÜV-ZVE erfolgt / wird am _____ erfolgen.

12. Bestätigung des Arbeitgebers

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben - soweit feststellbar auch die des Antragstellers / der Antragstellerin im Rentenantrag vollständig und richtig sind.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Herrn / Frau	Telefon-Nr.	Ort, Datum

Unterschrift	Arbeitgeberanschrift/Stempel

STADT FRANKFURT AM MAIN

DER MAGISTRAT
Zusatzversorgungskasse

Merkblatt Waisenrente aus der Zusatzversorgung

Kinder d. Verstorbenen erhalten Waisenrente, wenn sie eine entsprechende Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten. Kinder sind die leiblichen und angenommenen Kinder sowie Pflegekinder i.S.d. § 32 (1) Einkommensteuergesetz (EStG).

Wenn kein Anspruch auf Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht (z.B. wegen Befreiung des verstorbenen Elternteils von der Versicherungspflicht), benötigen wir geeignete Nachweise über das Kindschaftsverhältnis i.S.d. § 32 (1) EStG.

In diesem Fall benötigen wir nach Vollendung des 18. Lebensjahres auch geeignete Nachweise darüber, dass die Waise

- sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet (z.B. Schul- oder Studienbescheinigung, eine aktuelle Berufsausbildungsbescheinigung),
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst oder sonstigen nationalen/internationalen Freiwilligendienst ableistet,

oder

- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten (z.B. Nachweis über die Gewährung von Kindergeld).

Anspruch auf Waisenrente aus der Zusatzversorgung besteht grundsätzlich längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Die Waisenrente wird über das 25. Lebensjahr hinaus gezahlt, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der vorgeschriebenen Wehr- oder Zivildienstpflicht unterbrochen oder verzögert wurde. Die Zahlung erfolgt für den entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn und solange sich die Waise nach diesem Zeitpunkt in Schul- oder Berufsausbildung befindet.

Die Waisenrente wird (wie in der gesetzlichen Rentenversicherung) bis zum 27. Lebensjahr gezahlt, wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten und für die Waise Kindergeld gezahlt wird.

Stand März 2025

Hausanschrift: Rottweiler Straße 18, 60327 Frankfurt am Main, RMV-Haltestellen Rottweiler Platz, Hauptbahnhof oder Baseler Platz.
Hotline: (0 69) 2 12 - 3 33 32. Persönliche Termine bitte nur nach telefonischer Vereinbarung.
Bankverbindung: Frankfurter Sparkasse Pflichtversicherung IBAN DE34 5005 0201 0000 0002 08 BIC HELADEF1822
Freiwillige Versicherung IBAN DE27 5005 0201 0200 2031 93 BIC HELADEF1822