

## Antrag auf Betriebsrente für Witwen/Witwer und eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner

Nähere Informationen zu Ihren Rechten und Pflichten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Homepage.

Eingangsstempel (ZVK)

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Versicherungsnummer | Mitgliedsnummer |
|---------------------|-----------------|

### 1. Angaben zur Person der/des Verstorbenen

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| Familiename (ggf. auch Geburtsname), Vorname(n) |                                      | Geburtsdatum  |
| Sterbedatum*                                    | Tag der Eheschließung/Verpartnerung* | *) Bitte Sterbeurkunde und Heiratsurkunde/<br>Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen. |

### 2. Angaben zur Person der Witwe/des Witwers bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

|   |         |                                  |
|---|---------|----------------------------------|
| Familiename (ggf. auch Geburtsname), Vorname(n) |         | Geburtsdatum                     |
| Straße und Hausnummer                           |         | Steuer-Identifikationsnummer     |
| Postleitzahl                                    | Wohnort | Eigene Sozialversicherungsnummer |
| Telefon (freiwillige Angabe)                    |         | E-Mail (freiwillige Angabe)      |

### 3. Angabe(n) zur Person der Waise(n) für die Waisenrente beantragt wird

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| Familiename, Vorname(n) | Geburtsdatum |
| Familiename, Vorname(n) | Geburtsdatum |
| Familiename, Vorname(n) | Geburtsdatum |
| Familiename, Vorname(n) | Geburtsdatum |

Für jede Waise ist ein eigener Antrag zu stellen. Wir senden Ihnen die benötigten Formulare zu.

### 4. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt aufgrund einer

Bevollmächtigung\*     Betreuung\*    \*) Bitte Vollmacht/Betreuerausweis beifügen.

Name, Vorname des Bevollmächtigten/Betreuers oder Bezeichnung der betreuenden Einrichtung

|              |                                |                             |
|--------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Postleitzahl | Wohnort, Straße und Hausnummer |                             |
| Aktenzeichen | Telefon (freiwillige Angabe)   | E-Mail (freiwillige Angabe) |

| 5. Bankverbindung   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Internationale Kontonummer (IBAN )  | Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T.-Code) |
| Name und Sitz des Geldinstituts   |                                      |
| Kontoinhaber/Kontoinhaber (nur wenn abweichend von der Antragstellerin/dem Antragsteller) |                                      |

| 6. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung   |   |
|--|---|
| Besteht ein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?  |   |
| <input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie des Rentenbescheides <u>mit allen Anlagen</u><br>Ohne den Rentenbescheid kann der Antrag nicht bearbeitet werden.    | <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. |
| <input type="checkbox"/> Nein, ein entsprechender Nachweis des Rentenversicherungsträgers<br>(z.B. Bescheid über die Befreiung von der Versicherungspflicht) | <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. |

| 7. Angaben zu Einkünften (nur auszufüllen, wenn Frage 6 verneint wurde)   |                               |
|---|-------------------------------|
| Beziehen Sie:<br>Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Unterhaltsgeld, Verletztengeld, Alters- oder Erwerbsminderungsrente aus eigener Versicherung, Ruhegehalt aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder eine Rentenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung? |                               |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*  | *) Bitte Nachweise beigelegt. |

| 8. Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung   |     |   |
|---|-----|---|
| Sofern die/der 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 vom  | bis | Zusatzversorgungseinrichtung                              |
|   |     |   |
|   |     |   |
| Wurden die Beiträge für die vorgenannten Zeiten erstattet?  |     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Wenn die/der Verstorbene Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung hatte, so geben Sie diese bitte hier an: |     |                              |
|---|-----|------------------------------|
| für die Ehezeit vom   | bis | Zusatzversorgungseinrichtung |
|   |     |                              |
|   |     |                              |

| 9. Drittverschulden  |                           |
|--|---------------------------|
| Wird der Rentenanspruch wegen eines von einer dritten Person verursachten Schadenereignisses (z.B. Verkehrsunfall) gestellt? |                           |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Falls ja, wer hat den Schaden verursacht (Name, Anschrift)?  |                           |
| Haftpflichtversicherung (Name, Anschrift)  |                           |
| Tag des Schadenereignisses   | Haftpflichtschaden-Nummer |
| Ermittelnde Polizeidienststelle  | Aktenzeichen              |

## 10. Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer

Liegt für Sie Elterneigenschaft vor? (Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?)

ja\*       nein

\*) Sofern Sie keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, fügen Sie bitte geeignete Nachweise bei.

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken-/Pflegeversicherung

Ich bin nicht in Deutschland krankenversichert

## 11. Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben richtig und vollständig gemacht habe,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die Zusatzversorgungskasse **abtrete**,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der Zusatzversorgungskasse Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ich verpflichte mich,

- die ZVK unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren; dies ist **insbesondere** dann der Fall, wenn:
  - der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt,
  - sich meine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst ändert,
  - Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungs-krankengeld, Übergangskrankengeld, Unterhaltsgeld oder Verletztengeld bezogen wird,
  - ich eine Alters- oder Erwerbsminderungsrente aus eigener Versicherung, Ruhegehalt aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder eine Rentenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung beziehe,
  - sich die Rentenart in der Deutschen Rentenversicherung ändert, z. B. wenn eine große Witwenrente in eine kleine Witwenrente umgewandelt wird,
  - sich meine Anschrift oder Bankverbindung ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
  - ich erneut heirate oder eine Lebenspartnerschaft eingehe.
- 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.

X

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| Name, Vorname | Versicherungsnummer |
|---------------|---------------------|

## Angaben des Arbeitgebers

Die Ziffern 12 bis 13 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Rentenbeginn bestanden hat!

| 12. Angaben zum Arbeitsverhältnis  |   |
|--|---|
| Eine Abmeldung von der Pflichtversicherung zum Rentenbeginn ist auch dann erforderlich, wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht geendet hat. In diesem Fall ist ein neuer Versicherungsabschnitt mit entsprechender Entgeltaufteilung zu bilden. Die Abmeldung ist |   |
| <input type="checkbox"/>   | beigefügt.  |
| <input type="checkbox"/>   | bereits übersandt.                                      |
| <input type="checkbox"/>   | am _____ über DATÜV-ZVE erfolgt/wird am _____ erfolgen. |

| 13. Bestätigung des Arbeitgebers   |                              |            |
|--|------------------------------|------------|
| Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben - soweit feststellbar auch die der Antragstellerin/des Antragstellers im Rentenanspruch vollständig und richtig sind. |                              |            |
| Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:<br>Herrn/Frau   | Telefon-Nr.                  | Ort, Datum |
| _____  | _____                        | _____      |
| Unterschrift   | Arbeitgeberanschrift/Stempel |            |
| _____  | _____                        |            |