

Antragsvordruck Waisenrente



VERSORGUNGSWERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER
UND DER VEREIDIGTEN BUCHPRÜFER
IM LANDE NORDRHEIN-WESTFALEN | KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Personenbezogene Angaben des verstorbenen Mitglieds

Name, Vorname: _____

Mitgliedsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Todestag: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|_|
(bitte einfache Kopie der Sterbeurkunde beifügen)

Wurde der Tod durch einen Unfall oder durch Drittverschulden verursacht? Ja Nein

Personenbezogene Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|_|
(bitte einfache Kopie der Geburtsurkunde beifügen)

sofern über 18 Jahre alt, bitte Angaben zur
Schul- und Berufsausbildung: _____
(bitte Nachweise beifügen)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Steuer-Identifikationsnummer (§ 139b AO): |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Rentenversicherungsnummer: |_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

Krankenversicherung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung (keine weiteren Angaben erforderlich).

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (gilt auch für freiwillige Mitglieder).

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer Krankenkasse: _____

Für die Höhe des an die Pflegekasse abzuführenden Pflegeversicherungsbeitrages benötigen wir folgende Angaben. Ich habe:

- leibliche Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde von allen Kindern beifügen).
- adoptierte/Stiefkinder (bitte entsprechenden Nachweis beifügen; ggf. telefonische Rücksprache).
- keine Kinder.

Berufliche Tätigkeit des verstorbenen Mitglieds im Ausland

- Der Verstorbene war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und hat sich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten (keine weiteren Angaben erforderlich).
- Der Verstorbene hat Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt. Es sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern) bzw. im EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz anzugeben.

vom: _____ bis: _____

Versicherungsträger/Versorgungssystem: _____

Staat: _____

Versicherungsnummer/Aktenzeichen: _____

- Der Verstorbene hat sich nach Vollendung seines 15. Lebensjahres in Dänemark, Griechenland oder den Niederlanden bzw. nach Vollendung seines 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz.

vom: _____ bis: _____

Staat: _____

- Der Verstorbene hat auch Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zurückgelegt.

vom: _____ bis: _____

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Bundesknappschaft):

Rentenversicherungsnummer: |_|_| |_|_|_|_|_|_| |_| |_|_|_|

Verfügungsermächtigung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|_|·|_|_|_|·|_|_|_|_|_|_|

Hiermit ermächtige ich mein jeweiliges kontoführendes Geldinstitut, Rentenzahlungen, die vom WPV nach meinem Tode – und damit ohne Rechtsgrund – auf mein Konto überwiesen werden, an das WPV zurückzuzahlen.

Mein Geldinstitut ist ebenfalls ermächtigt, für den Fall meines Todes Namen und Anschrift derjenigen, die zum Zeitpunkt meines Todes über mein Konto verfügt haben, zu benennen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Vollmacht

Falls die volljährige Waise den Rentenanspruch nicht persönlich geltend macht, ist nachfolgende Vollmacht erforderlich:

Ich erteile Frau/Herrn _____ Vollmacht zu meiner Vertretung gegenüber dem WPV.

Ort, Datum

Unterschrift