

Antragsvordruck Witwen- oder Witwerrente



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: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

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

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

Datum der Eheschließung: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|_|
(bitte einfache Kopie der Heiratsurkunde beifügen)

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 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: |_|_| |_|_|_|_|_|_| |_| |_|_|_|_|

Mitgliedschaft des verstorbenen Mitglieds in einem anderen Versorgungswerk

(Relevant ist hier nur die Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk, nicht die Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungssystem wie der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung.)

Der Verstorbene war ausschließlich im WPV versichert.

Der Verstorbene war vor oder nach der Mitgliedschaft im WPV Mitglied im

Versorgungswerk der: _____

in: _____

Mitgliedsnummer: _____

und hat aus dieser Mitgliedschaft eine Hinterbliebenenabsicherung (die Beiträge sind also nicht übergeleitet worden).

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