

ZV

Anlage zum Antrag auf Hinterbliebenenzusatzrente vom

Wird nur Waisenzusatzrente beantragt, ist zusätzlich der Antrag auf Hinterbliebenenzusatzrente auszufüllen !

Name des Versicherten:

geboren am:

verstorben am:

in:

Wird der Antrag von einem gesetzlichen Vertreter - Vormund - Betreuer - oder Bevollmächtigten gestellt, ist ein Beschluss des Vormundschaftsgerichts bzw. eine Vollmacht beizufügen!

Angaben zu den Waisen

	1. Waise	2. Waise	3. Waise
1. Familienname			
2. Vorname			
3. Geburtsdatum			
4. Eheliches Kind, für ehelich erklärtes Kind, unehel. Kind, Stief-, Adoptiv-, Pflege-, Enkelkind, Geschwister			
5. Voll- oder Halbweise			
6. Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße)			
7. Von welchem Versicherungs-träger bezieht die Waise Rente der gesetzlichen Rentenversicherung			
8. Rentenversicherungsnummer			
9. Persönliche Identifikationsnummer für Steuerzwecke			

Bei mehr als drei Waisen zusätzliche Anlage beifügen

Bei Waisen über 18 Jahren zusätzliche Angaben auf der Rückseite erforderlich!

Besondere Angaben zu Waisen zwischen 18 und 27 Jahren

	1. Waise	2. Waise	2. Waise
1.	Vorname		
2.	Befindet sich die Waise in Schulausbildung		
3.	Befindet sich die Waise in Berufsausbildung?		
4.	Wurde die Ausbildung durch gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert?		
5.	Leistet die Waise ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres bzw. im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres?		
6.	Ist die Waise infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande, sich selbst zu unterhalten?		
7.	Bei welcher Krankenkasse ist die Waise Mitglied? Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft in der KVdR beantragt wurde. Versichertennummer:		
8.	Überweisungswege		
	a) Kreditinstitut		
	b) IBAN (International Bank Account Number) s. Kontoauszug		
	c) BIC (Bank Identifier Code) s. Kontoauszug		
d) Kontoinhaber (falls abweichend von der Waise)			

(Stempel/Unterschrift der aufnehmenden Stelle)

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

An

**Deutsche Rentenversicherung Saarland
Abt. Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung
66108 Saarbrücken**