

Bitte senden Sie diesen Antrag vollständig
ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Posteingang beim VW

Antrag auf Witwen-/Witwerrente

Personalien des/der Verstorbenen:

Name, Vorname

Teilnehmernummer

Geburtsdatum

Todestag

Personalien des/der Hinterbliebenen:

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsland

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Identifikationsnummer (vom Bundeszentralamt für Steuern)

Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer von der Rentenversicherung Bund)

bitte wenden

Bestehen auch Rentenansprüche aus einem EU-Mitgliedsstaat oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk?

Wenn ja, bitte folgende Angaben ausfüllen (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen).

Land Name des Versicherungsträgers Rentenversicherungszeiten

Bestand die Ehe noch beim Tod?

Wann wurde die Ehe geschlossen?

Ist der Tod durch Unfall verursacht worden?

Durch sonstiges Fremdverschulden?

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden?

Wenn ja, wo?

KONTODATEN:

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut (Name)

BIC: **ABNANL2A**

IBAN: **NL27 INGB 0000 0000 0000 0000 0000**

Datum Unterschrift des Kontoinhabers

BITTE FÜGEN SIE DEM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI:

- Sterbeurkunde
 - Heiratsurkunde
 - Kopie beider Seiten des Personalausweises
 - Kopie der Geburtsurkunden aller Kinder (zum Nachweis für das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz)
 - Anlage Krankenkasse
 - Anlage Bank

Datum

Unterschrift des Antragstellenden

ANLAGE KRANKENKASSE

Name, Vorname

Wir sind verpflichtet, bereits beim Rentenantrag die zuständige Krankenkasse zu ermitteln. Auch aus den Versorgungsbezügen des Versorgungswerkes sind gegebenenfalls Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsbeiträge abzuführen.

Wir bitten um vollständige Angaben:

Krankenkasse:

BITTE ANKREUZEN:

Ich bin ...

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

familienversichert

Datum

Unterschrift des Antragstellenden

ANLAGE KINDER

Name, Vorname

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Kind unter 27 Jahre alt ist und sich noch in Ausbildung befindet (Schule/Ausbildungsbetrieb/Fachschule/Universität).

Angaben zum Kind/Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum

Unterschrift des Antragstellenden

ANLAGE BANK

Name, Vorname

VOLLMACHT:

In Kenntnis dessen, das der Anspruch auf Leistungen des Versorgungswerkes satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

überzahlte Leistungen von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind.
Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers
und des Antragstellers (wenn abweichend)