

## Antrag auf Waisenrente gemäß §§ 18, 19 der Satzung

Nach dem Tode des Mitgliedes oder Anwartschaftsberechtigten erhalten seine Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres eine Halb- oder Vollwaisenrente. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Hinterbliebenenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt, das sich in der Schul- oder Berufsausbildung befindet, gleich ob es sich um eine Erstausbildung oder eine weitere Ausbildung handelt, oder das bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand andauert. Für Übergangszeiten von höchstens vier Kalendermonaten, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten liegen, wird die Rente unter dem Vorbehalt der Rückforderung fortgezahlt, wenn die Absicht zur Fortsetzung der Ausbildung glaubhaft gemacht wurde.

### 1. Ich beantrage

Halbwaisenrente

Vollwaisenrente

### 2. Personalien des verstorbenen Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und -ort

\_\_\_\_\_  
Sterbedatum

Gemäß § 35 Abs. 4 der Satzung sind Ansprüche gegen den Ersatzpflichtigen in entsprechender Anwendung der §§ 116 ff. SGB an das Versorgungswerk abzutreten, wenn der Tod des Mitglieds auf Fremdverschulden zurückzuführen ist.

Todesursache: \_\_\_\_\_

Ist das Mitglied an den Folgen eines Unfalls verstorben?

ja       nein (weiter mit 3.)

Unfalltag: \_\_\_\_\_

Unfallverursacher: \_\_\_\_\_

### 3. Personalien der Waise

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und -ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### 4. Angaben zur Kranken- und Pflegekassenzugehörigkeit

Gemäß § 202 SGB V ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, den Beginn, die Höhe, die Veränderung sowie das Ende der Rentenzahlung einer gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherung zu melden, sofern Versorgungsbezieher Mitglieder dieser sind.

- Ich bin nicht krankenversichert.
- Ich bin privat krankenversichert. **Bestätigung der KV beifügen!**
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert. **Bestätigung der KV beifügen!**
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse pfllichtversichert bei:

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer:

- Ich bin kinderlos.
- Ich bin nicht kinderlos.

Die Berechnung des individuellen Beitragssatzes zur Pflegeversicherung erfolgt anhand der Anzahl und dem Alter der Kinder. Daher reichen Sie bitte die **Geburtsurkunde(n) des Kindes bzw. der Kinder** ein.

## 5. Rentenbezugsmitteilungsverfahren

Gemäß § 22a Abs. 1 EstG ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, Ihre Rentenbezüge an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden, die diese Daten an die zuständigen Länderfinanzbehörden weitergibt.

Für das Meldewesen benötigt das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern zwingend die steuerliche Identifikationsnummer.

steuerliche Identifikationsnummer:

## 6. Bankverbindung für die Auszahlung der Rente

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

## 7. Personalien der/des Sorgeberechtigten bei minderjährigen Waisen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und -ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

## 8. Einzureichende Unterlagen

- Sterbeurkunde Mitglied
- Nachweis Kindschaftsverhältnis
- Nachweis Schul- oder Berufsausbildung/ Studium/ körperliches oder geistiges Gebrechen bei Beantragung nach dem 18. Lebensjahr
- ggf. Nachweis(e) zur Kranken- und Pflegekassenzugehörigkeit

## 9. Erklärung

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist außerdem bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem Versorgungswerk überzahlte Renten zurückzahlen habe. Insbesondere ist das vorzeitige Ende der Schul- oder Berufsausbildung bzw. des Studiums anzuzeigen.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller bzw. Sorgeberechtigter