

## Antrag auf

Witwen-/Witwerrente gem. Art. 5, 8 und 9 AVB

Waisenrente gem. Art. 5 und 9 AVB

### Verstorbene Person:

Versicherten-Nr.:

Name, Vorname:

verstorben am:

### Antragsteller/-in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Geburtsort:

E-Mail:

Tel. Festnetz:

Tel. mobil:

Newsletter gewünscht:  Ja  Nein

Rentenversicherungs-Nr.:

Persönliche Identifikations-Nr.:  
(11-stellige Zahl)

Kinder:  ja  nein (Elterneigenschaft bedingt Beitragsnachlass in der Pflegeversicherung)

### Bankverbindung:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

(falls abweichend vom Antragsteller)

### Krankenversicherung / Pflegeversicherung:

gesetzlich  privat

Name der Krankenkasse:

### Unterhaltsberechtigzte Kinder:

	1. Kind	2. Kind
Name, Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungs-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persönliche Identifikations-Nr.: (11-stellige Zahl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Einzureichende Unterlagen:

- Kopie Sterbeurkunde
- Kopie Heiratsurkunde
- Kopie Geburtsurkunde 1. Kind und ggf. **weiterer** Kinder, sofern diese das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Schul-/Ausbildungs-/Studienbescheinigung
- 

## Nur bei Tod der verstorbenen Person vor Rentenbeginn:

### Mitgliedsurkunde/Aufnahmeschein

- ist beigelegt.
- ist nicht mehr vorhanden und wird bei Auffinden unverzüglich nachgereicht.

## Erklärung des Versorgungsempfängers gegenüber der Geno Pensionskasse VVaG, Karlsruhe

- Mir ist bekannt, dass jede Veränderung der Verhältnisse, die den Anspruch auf Versorgungsleistungen oder die Zahlung selbst beeinflussen (z. B. Rentenbezug bzw. -wegfall, angegebene Einkünfte, Familienstand, Anschrift, Bankverbindung, Krankenkassenwechsel), unverzüglich zu melden ist.

Ich verpflichte mich, solche Veränderungen sofort nach ihrem Eintreten/Bekanntwerden schriftlich mitzuteilen.

- Mir ist ferner bekannt, dass die Leistungen ab dem Zeitpunkt einzustellen sind, in dem die Voraussetzungen für ihre Gewährung entfallen. Ich verpflichte mich (ggf. auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben), die über diesen Zeitpunkt hinaus und somit ohne Rechtsgrund erhaltenen Zahlungen an den Versorgungsträger zu erstatten.
- Gegenüber meinem kontoführenden Geldinstitut erkläre ich mich damit einverstanden und erteile hiermit den Überweisungsauftrag, dass meinem Konto gutgeschriebene Versorgungsleistungen des Versorgungsträgers, die irrtümlich oder ohne Vorliegen eines Rechtsgrunds gezahlt wurden, im Rahmen des verfügbaren Guthabens an den Versorgungsträger zu erstatten sind. Im Falle meines Ablebens ist die Überweisung ohne Zustimmung und Auftrag meiner Erben oder der nach dem Tod Verfügungsberechtigten auszuführen.

Ich versichere die Richtigkeit der in diesem Antrag von mir gemachten Angaben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Hinweis zum Datenschutz:

Ihre persönlichen Daten verarbeiten wir gem. den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Homepage [www.geno-pensionskasse.de](http://www.geno-pensionskasse.de).