



Postanschrift: Postfach 81 08 72, 81901 München

Hausanschrift:
Arabellastraße 31, 81925 München

Telefon: (089) 9235-6
Telefax: (089) 9235-8979
E-Mail: vdbs@versorgungskammer.de
Internet: www.versorgungskammer.de

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über Ihren Antrag entschieden werden kann. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus § 31 des Schornsteinfegerhandwerksgesetzes und § 202 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Mitgliedsnummer: **J/S** -

Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisengeld

Vor- und Zuname des verstorbenen Mitglieds

geboren am in gestorben am

Vor- und Zuname der Witwe/des Witwers

ggf. Geburtsname

geboren am in Tag der Eheschließung

Anschrift Telefon

Steueridentifikationsnummer:.....

ggf. Vor- und Zuname der Waisen:

1. geboren am

Steueridentifikationsnummer:.....

2. geboren am

Steueridentifikationsnummer:.....

3. geboren am

Steueridentifikationsnummer:.....

4. geboren am

Steueridentifikationsnummer:.....

Volljährige Waisen müssen einen **eigenen** Antrag stellen. Soweit die Anschrift der Waisen von Ihrer Anschrift abweicht, geben Sie bitte deren Namen und Anschriften auf einem gesonderten Blatt an.

Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können Waisengeld längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres erhalten, wenn sie

- a) sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder den Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten,
- b) wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

In den Fällen des Buchstaben a) kann sich die Altersgrenze weiter hinausschieben, wenn gesetzlicher Wehrdienst, Zivildienst oder ein gleichgestellter Dienst geleistet worden ist.

- Wurde der Tod des Verstorbenen durch einen Unfall verursacht? Ja Nein

Wenn ja, senden Sie bitte eine Unfallschilderung ein und geben Sie dabei insbesondere an, welche Personen beteiligt waren und ob es sich um einen Berufsunfall handelt.

- Bei welcher Krankenkasse sind Sie (ggf. die minderjährigen Waisen) krankenversichert?

.....
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Alle vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Ich versichere, dass meine Ehe bis zum Tod des Mitglieds (Verstorbenen) bestanden hat. Ich werde jede Änderung meiner Anschrift oder meines Kontos sowie den Tod einer Waise unverzüglich mitteilen.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Anspruchsberechtigten/
Bevollmächtigten)

Ich bitte die Versorgungsbezüge auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber:* Kontonummer:

bei der in

Bankleitzahl:

IBAN: BIC:

Ich ermächtige die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger, Versorgungsbezüge, die für Zeiträume nach meinem* bzw. dem Tod der/des Anspruchsberechtigten ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, vom jeweils kontoführenden Geldinstitut zurückzurufen.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Kontoinhabers/
Bevollmächtigten)

* Überweisungen auf Konten Dritter sind nur möglich, wenn der Dritte die Anstalt ermächtigt hat, nach dem Tod der/des Anspruchsberechtigten überzahlte Versorgungsbezüge vom Geldinstitut zurückzurufen.

Rücksendung mit folgenden Anlagen (bitte ankreuzen!):

- Sterbeurkunde des Mitglieds (im Original oder in Kopie)
 - Heiratsurkunde (im Original oder in Kopie)
 - Geburtsurkunden der Kinder (im Original oder in Kopie []*)
 - Erklärungen zur Krankenversicherung der Rentner und Pflegeversicherung []*
- * Bitte Anzahl angeben!

an die

Versorgungsanstalt der bevollmächtigten
Bezirksschornsteinfeger
Postfach 81 08 72
81901 München