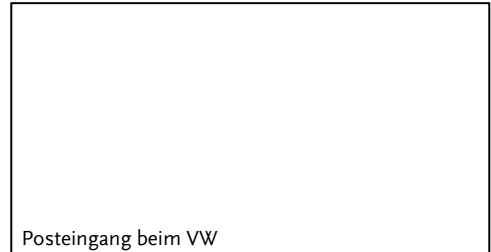


Bitte senden Sie diesen Antrag vollständig  
ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

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



## Antrag auf Waisenrente

### Personalien des/der Verstorbenen:

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

\_\_\_\_\_  
Teilnehmernummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Todesstag

### 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?

ja                      nein

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

---

Land	Name des Versicherungsträgers	Rentenversicherungszeiten
Ist der Tod durch Unfall verursacht worden?	Durch sonstiges Fremdverschulden?	
ja                      nein	ja	nein

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden?

ja                      nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**KONTODATEN:**

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

---

Name des Kontoinhabers

---

Kreditinstitut (Name)

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers

**BITTE FÜGEN SIE DEM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI:**

- Kopie beider Seiten des Personalausweises (soweit vorhanden)
- Nachweis über die Ausbildung (Schule, Ausbildungsbetrieb, Universität)
- Kopie der Geburtsurkunde
- Anlage Bank
- Anlage Krankenkasse
- Sterbeurkunde des Elternteils

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

## 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  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

**ANLAGE BANK**

---

Name, Vorname

**VOLLMACHT:**

In Kenntnis dessen, dass 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  
bzw. des gesetzlichen Vertreters