

ANTRAG auf WAISENVERSORGENGSGENUSS

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

Ich ersuche um Zahlung des Waisenversorgungsgenusses nach meinem/meiner
am _____ verstorbenen Vater/Mutter

_____.

Ich bin _____ (Familienstand angeben) und

beziehe

- (*) keine Einkünfte
- (*) Einkünfte in der Höhe von monatlich brutto _____

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte bitte beilegen).

Ich beziehe (*) kein Pflegegeld/keine Pflegezulage

(*) Pflegegeld/Pflegezulage von _____
(auszahlende Stelle)

Mein Ehegatte bezieht

- (*) keine Einkünfte
- (*) Einkünfte in der Höhe von monatlich brutto _____

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte bitte beilegen).

(DATUM)

(UNTERSCHRIFT)

(*) Bitte Zutreffendes ankreuzen