

ANTRAG auf WAISENVERSORGUNGSGENUSS

NAME:		
VERSICHERU	JNGSNUMMER:	
Ich ersuche u	m Zahlung des Waisenversorgungsgenus	ses nach meinem/meiner
am	verstorbenen V	/ater/Mutter
Ich bin	(Familienstand ang	
beziehe		
□ (*) ke	ine Einkünfte	
□ (*) Eir	nkünfte in der Höhe von monatlich brutto _	
(Na	achweis über Art und Höhe der Einkünfte	bitte beilegen).
Ich beziehe	☐ (*) kein Pflegegeld/keine Pflegezula	ge
	☐ (*) Pflegegeld/Pflegezulage von	(auszahlende Stelle)
Mein Ehegatte	e bezieht	
□ (*) ke	ine Einkünfte	
□ (*) Eir	nkünfte in der Höhe von monatlich brutto _	
(Na	achweis über Art und Höhe der Einkünfte	bitte beilegen).
(DAT	UM)	(UNTERSCHRIFT)
(*) Bitte Zutre	effendes ankreuzen	