

ANTRAG auf WAISENVERSORGUNGSGENUSS

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

VERSICHERUNGSSNUMMER: _____

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