

ANTRAG auf WAISENVERSORGUNGSGENUSS

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