

Zusatzversorgungskasse des Steinmetz-
und Steinbildhauerhandwerks VVaG
Parkstrasse 22
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611 / 97712 – 37
Telefax: 0611 / 97712 – 30
eMail: info@zvk-steinmetz.de
Internet: www.zvk-steinmetz.de

Eingangsstempel der ZVK

Register-Nr.

(wird von der Kasse eingesetzt)

Antrag auf Gewährung eines Sterbegeldes

Zusatzversorgungskasse des Steinmetz-
und Steinbildhauerhandwerks VVaG

Antrag auf Gewährung eines Sterbegeldes

Bitte nur die umrandeten Felder mit Schreibmaschine oder in Blockschrift (Kugelschreiber / Tinte) vollständig ausfüllen und zutreffendes im ankreuzen und ggf. ergänzen.

Sozialversicherungsnummer oder ggf. ZVK-Register-Nr. des / der Verstorbenen:	Steuer- Identifikationsnummer: der Antragstellerin /des Antragstellers:
---	--

I. Allgemeine Angaben

Name der Antragstellerin / des Antragstellers:		Vorname:	
geboren am:		ggf. Geburtsname	
Anschrift: Straße und Hausnummer:			
Postleitzahl:	Wohnort:	Staat (nur bei Auslandsanschrift):	
Telefon-Nummer:	Telefax-Nummer:	eMail:	
Name der / des verstorbenen Versicherten:		Vorname:	
ggf. Geburtsname:	geboren am:	verstorben am:	
Sterbeurkunde ist beigefügt <input type="checkbox"/>		Sterbeurkunde ist bereits eingereicht <input type="checkbox"/>	
In welchem Verhältnis haben Sie zum / zur Verstorbenen gestanden? (z.B. Ehefrau, Tochter / Sohn oder Eltern):			
Aktenzeichen falls der / die Verstorbene Kassenleistungen von unserer Kasse beantragt oder erhalten hat:			

II. Bankverbindung (bitte stets angeben):

Bankleitzahl:	Kontonummer:	Kontoinhaber:
Bezeichnung der Bank / Sparkasse oder der ausländischen Bankverbindung:		
BIC / SWIFT-Code (internationale Bankleitzahl):	IBAN (internationale Kontonummer):	

III. Erwerbsleben der / des Verstorbenen

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____ Erlernerter Beruf: _____

Erstmalig in einem Betrieb des **Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks** tätig gewesen am: _____

Letztmalig in einem Betrieb des **Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks** tätig gewesen am: _____

Erfolgte die Aufgabe dieser Tätigkeit

- a) aus gesundheitlichen Gründen? Ja Nein
- b) Aufgrund eines anerkannten Arbeitsunfalls oder einer anerkannten Berufskrankheit? Ja Nein
- c) wegen Selbständigkeit im Steinmetzhandwerk? (Betriebskonto-Nr. bei ZVK _____) Ja Nein
- d) aus sonstigen Gründen? Ja Nein

Aus dem Erwerbsleben ausgeschieden am: _____

IV. Anrechnung fremder Wartezeiten

(Beschäftigungszeiten im Geltungsbereich anderer Zusatzversorgungskassen)

War der / die Verstorbene in Betrieben beschäftigt, die den nachfolgen aufgeführten Zusatzversorgungskassen angeschlossen sind?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Zusatzversorgungskasse des Baugewerbes **AG**, Wettiner Str. 7, 65189 Wiesbaden
- Zusatzversorgungskasse des Dachdeckerhandwerks VVaG, Gustav-Stresemann-Ring 7a, 65189 Wiesbaden
- Zusatzversorgungskasse des Gerüstbaugewerbes VVaG, Mainzer Str. 98-102, 65189 Wiesbaden
- Zusatzversorgungskasse des Maler- und Lackiererhandwerks VVaG, Gustav-Stresemann-Ring 7, 65189 Wiesbaden

V. Tätigkeitszeiten (beruflicher Lebenslauf)

Bitte führen Sie sämtliche Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse nach Beendigung der Schulzeit auf! Falls wir Ihnen bereits einen beruflichen Lebenslauf mit Ihren bei uns erfassten Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnissen übersandt haben, brauchen Sie die im beruflichen Lebenslauf aufgeführten Zeiten nicht einzutragen. Nicht aufgeführte Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse bitte eintragen und durch Unterlagen belegen. Dies gilt auch bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen. Bei Beantragung einer gegenseitigen Wartezeitanrechnung im Geltungsbereich der in Punkt X genannten Zusatzversorgungskassen bitte auch die Zeiten im Geltungsbereich der anderen Kassen nachweisen.

Wichtiger Hinweis: Unsere Leistungen unterliegen grundsätzlich der Besteuerung. Zur Feststellung der Höhe des zu versteuernden Anteils der Leistungen ist es zwingend notwendig, dass Sie uns alle Ihnen vorliegenden Beitragsnachweise für die Zusatzversorgung des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks unserer Kasse bei der Antragstellung vorlegen.

In jede Zeile nur **ein** Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnis eintragen, evtl. zusätzliches Blatt verwenden. Mehrere Jahre beim gleichen Arbeitgeber können zusammengefasst werden.

Beschäftigungszeiten Zeitraum	Ausgeübte Tätigkeit z.B. Steinmetz, Kraftfahrer, etc.	Arbeitgeber Name mit genauer Anschrift	Gewerbeart z.B. Steinmetzhandwerk, Baubranche, Industrie	Als Nachweis ist beigefügt: z.B. Lohnnachweiskarte, Sozialversicherungsnachweis	Nur von ZVK auszufüllen
Beispiel: vom: 01.05.1996 bis: 31.08.2001	Steinmetz	Fa. Mustermann Musterstraße 11 11111 Musterstadt	Steinmetzhandwerk	LNK (Lohnnachweiskarte)	
Beispiel: vom: 01.09.2001 bis: 31.08.2002	Fahrer	Spedition ABC Musterstraße 11 11111 Musterstadt	Spedition	Sozialversicherungsnachweis	
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					
vom: bis:					

VI. Angaben zum Rentenbezug

(Rentenbescheide in Kopie beifügen. Bitte nur 1. + 2. Seite des Rentenbescheides sowie Versicherungsverlauf „Anlage 2“ des Rentenbescheides einreichen! Ohne diese Unterlagen können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten.)

Witwen- / Witwerrente seit _____

Bitte Rentenart, Beginn und den Rententräger angeben, der den Bescheid erteilt hat, (z.B. Deutsche Rentenversicherung (DRV), Landesversicherungsanstalt (LVA), Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Knappschaft, Berufsgenossenschaft (BG) oder sonstiger Versorgungsträger: **Bescheid ist beigefügt**

ab:	von der	<input type="checkbox"/>
-----	---------	--------------------------

Handelt es sich um einen tödlichen Arbeits- oder Wegeunfall Ja / Nein

Wurde von der / dem verstorbenen Versicherten bereits ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Unfallversicherung gestellt?

Nein / Es wurde noch kein Rentenbescheid erteilt Ja, wenn ja

Es wurde eine Rente bewilligt ab:	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------

VII. Ausfallzeiten / Ersatzzeiten

Krankheits- und Arbeitslosigkeitszeiten	Ja	Nachweise sind beigefügt
a) in den letzten 7 Jahren vor Rentenbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in den letzten 7 Jahren vor Eintritt der Fachuntauglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. Erklärung des Antragstellers:

1. Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
2. Ich verpflichte mich, Änderungen, die auf die Gewährung der Beihilfe einen Einfluss haben, unverzüglich der Kasse unter Angabe des Datums und der Register-Nr. schriftlich mitzuteilen. Der Kasse sind vor allem die Weitergewährung oder der Wegfall der Rente wegen Erwerbsminderung bzw. Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente bzw. die Änderungen in der Erwerbsminderung bei Renten wegen Arbeitsunfall und / oder Berufskrankheit zu melden.
3. Ich verpflichte mich, der Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks VVaG gegenüber unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflussen, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge der Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks VVaG zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch über meinen Tod hinaus, mit Wirkung gegenüber den Bevollmächtigten und Erben, überzahlte Beträge der Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks VVaG zurückzuzahlen, die verlangten Auskünfte zu erteilen, sowie ggf. die Verfügungsberechtigten bekannt zu geben. Dieser Antrag mit dem vorstehenden Auftrag kann nur von mir – aber nicht von den Bevollmächtigten und den Erben – widerrufen werden.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks bei früheren Arbeitgebern und bei den Trägern der sozialen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung, den Krankenkassen sowie den Agenturen für Arbeit sowie anderen Behörden rückfragen kann und dass diese Stellen alle gewünschten Auskünfte erteilen dürfen. Mit der Einsichtnahme in die Akten dieser Stellen durch die Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks VVaG oder ihrer Beauftragten bin ich einverstanden.
5. Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG): Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zusatzversorgungskasse des Steinmetz- und Steinbildhauerhandwerks VVaG meine personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung und zur Gewährung von Versicherungsleistungen verarbeitet, nutzt, an Dritte weitergibt, z.B. an die unter Ziff. X genannten Zusatzversorgungskassen, an die Niederlassungen der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung, an die Träger der Sozialversicherung, an sonstige Behörden und die benötigten Auskünfte und Unterlagen der medizinischen Daten von Dritten einholt.

Ort	Datum	(Eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)
-----	-------	--

XII. Beigefügte Nachweise - zutreffendes bitte ankreuzen -

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde | <input type="checkbox"/> Arbeitsbescheinigung(en) oder Arbeitszeugnis(se) des / der ehem. Arbeitgeber |
| <input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) mit _____ Anlagen | <input type="checkbox"/> Arbeitsverträge |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsverlauf (Anlage 2 des Rentenbescheides) | <input type="checkbox"/> Gesellschafterverträge |
| <input type="checkbox"/> Lohnnachweiskarten / Arbeitnehmerkontoauszug | <input type="checkbox"/> Sonstige Nachweise über Tätigkeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> Lehr- / Gesellenbrief / Lehrabschlusszeugnis | <input type="checkbox"/> Bescheinigungen über Zeiten der Arbeitslosigkeit bzw. Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Aufrechnungsbescheinigungen der Rentenversicherungen | <input type="checkbox"/> Amtsärztliches Gutachten über Fachuntauglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Versicherungskarten (Sozialversicherungsnachweise) | |
| <input type="checkbox"/> Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Nachweis(e) über Wehr-/Zivildienstzeiten (Beitragskarte W) | |