

Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

Nähere Informationen zu Ihren Rechten und Pflichten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Homepage.

Eingangsstempel (ZVK)

- wegen Erwerbsminderung
 wegen Erreichen einer Altersgrenze

Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Angaben zur Person		
Familiennamen (ggf. auch Geburtsnamen), Vorname(n)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Steuer-Identifikationsnummer
Postleitzahl	Wohnort	Sozialversicherungsnummer
Telefon (freiwillige Angabe)		E-Mail (freiwillige Angabe)

2. Antragstellung durch andere Personen		
Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt aufgrund einer		
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung*	<input type="checkbox"/> Betreuung*	*) Bitte Vollmacht/Betreuerausweis beifügen.
Name, Vorname des Bevollmächtigten/Betreuers oder Bezeichnung der betreuenden Einrichtung		
Postleitzahl	Wohnort, Straße und Hausnummer	
Aktenzeichen	Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)

3. Bankverbindung	
Internationale Kontonummer (IBAN)	Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T.-Code)
Name und Sitz des Geldinstituts	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber (nur wenn abweichend von der/dem Versicherten)	

4. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung			
Besteht ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?			
<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie des Rentenbescheides <u>mit allen Anlagen</u> Ohne den Rentenbescheid kann der Antrag nicht bearbeitet werden.	<input type="checkbox"/> ist beigefügt.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.	
<input type="checkbox"/> Nein, ein entsprechender Nachweis des Rentenversicherungsträgers (z.B. Bescheid über die Befreiung von der Versicherungspflicht)	<input type="checkbox"/> ist beigefügt.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.	

5. Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung

Sofern Sie noch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert sind oder waren, tragen Sie diese Zeiten bitte hier ein:

für die Zeit vom	bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktenzeichen

Wurden die Beiträge für die vorgenannten Zeiten erstattet? ja nein

Wenn Sie Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung haben, so geben Sie diese bitte hier an:

für die Ehezeit vom	bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktenzeichen

6. Berücksichtigung von Mutterschutzzeiten vor dem 1. Januar 2012 (nur weibliche Versicherte)

Ich beantrage die Berücksichtigung von Mutterschutzzeiten, die ich vor dem 1. Januar 2012 während einer Pflichtversicherung bei einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes zurückgelegt habe.

7. Drittverschulden

Wird der Rentenanspruch wegen eines von einer dritten Person verursachten Schadenereignisses (z.B. Verkehrsunfall) gestellt?

ja nein

Falls ja, wer hat den Schaden verursacht (Name, Anschrift)?

Haftpflichtversicherung (Name, Anschrift)

Tag des Schadenereignisses

Haftpflichtschaden-Nummer

Ermittelnde Polizeidienststelle

Aktenzeichen

8. Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer

Liegt für Sie Elterneigenschaft vor? (Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?)

ja* nein

*) Sofern Sie keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, fügen Sie bitte geeignete Nachweise bei.

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken-/Pflegeversicherung

Ich bin nicht in Deutschland krankenversichert

9. Krankengeld

Bezogen oder beziehen Sie Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung für Zeiten, in denen ein Rentenanspruch aus der Deutschen Rentenversicherung besteht?

ja nein

10. Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben richtig und vollständig gemacht habe,
- die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die Zusatzversorgungskasse **abtrete**,
- sowohl mit der Überweisung der Betriebsrente an meinen Arbeitgeber in Höhe der als Vorschuss auf die Betriebsrente gezahlten Bezüge als auch damit einverstanden bin, dass die Zusatzversorgungskasse einen vom Arbeitgeber bezifferten Ersatzanspruch als richtig unterstellt,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der Zusatzversorgungskasse Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ich verpflichte mich,

- die ZVK unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren; dies ist **insbesondere** dann der Fall, wenn:
 - der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt oder eine Teilrente gewährt,
 - sich meine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst ändert,
 - Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangskrankengeld, Unterhaltsgeld oder Verletztengeld bezogen wird,
 - die Erwerbsminderung wegfällt oder sich eine volle in eine teilweise bzw. eine teilweise in eine volle Erwerbsminderung ändert,
 - sich die Rentenart in der Deutschen Rentenversicherung ändert, z. B. wenn eine Erwerbsminderungsrente in eine Altersrente umgewandelt wird,
 - sich meine Anschrift oder Bankverbindung ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.
- Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge der Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen.

X

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Angaben des Arbeitgebers

Die Ziffern 11 bis 13 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Rentenbeginn bestanden hat!

11. Angaben zum Arbeitsverhältnis					
1.	<p>Eine Abmeldung von der Pflichtversicherung zum Rentenbeginn ist auch dann erforderlich, wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht geendet hat. In diesem Fall ist ein neuer Versicherungsabschnitt mit entsprechender Entgeltaufteilung zu bilden. Die Abmeldung ist</p> <p><input type="checkbox"/> beigefügt.</p> <p><input type="checkbox"/> bereits übersandt.</p> <p><input type="checkbox"/> am _____ über DATÜV-ZVE erfolgt/wird am _____ erfolgen.</p>				
2.	<p>Wird ein Erstattungsanspruch gegen d. Beschäftigten geltend gemacht?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Der/die Beschäftigte hat über den Rentenbeginn Entgelt bezogen, das tarifrechtlich als Rentenvorschuss gilt. Die Betriebsrente soll überweisen werden,</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> für den Zeitraum vom _____ bis _____</p> <p>oder</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> in Höhe von _____ €</p> <p>aufgrund der Abtretungsvereinbarung gemäß Ziff. 12</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Internationale Kontonummer (IBAN)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T.-Code)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Akten-/Buchungszeiten</td> </tr> </table> <p>Anmerkung: Eine Erstattung des Betrages nach Punkt 2.2 kann nur erfolgen, wenn der/die Beschäftigte sich in Ziffer 12 mit der Abtretung einverstanden erklärt hat.</p>	Internationale Kontonummer (IBAN)	Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T.-Code)	Akten-/Buchungszeiten	
Internationale Kontonummer (IBAN)	Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T.-Code)				
Akten-/Buchungszeiten					

12. Abtretungsvereinbarung (nur zu Ziffer 2.2 erforderlich)	
<p>Der/Die Arbeitnehmer/in erkennt den geltend gemachten Erstattungsanspruch des Arbeitgebers an und tritt insoweit seine/ihre gegenwärtigen und künftigen Betriebsrentenansprüche gegen die ZVK Frankfurt an den Arbeitgeber ab.</p>	
<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift Arbeitnehmer/in</p>	<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift Arbeitgeber</p>

13. Bestätigung des Arbeitgebers		
<p>Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben - soweit feststellbar auch die der Antragstellerin/des Antragstellers im Rentenanspruch vollständig und richtig sind.</p>		
<p>Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Herrn/Frau</p>	<p>Telefon-Nr.</p>	<p>Ort, Datum</p>
<p>_____</p> <p>Unterschrift</p>	<p>_____</p> <p>Arbeitgeberanschrift/Stempel</p>	