Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

RZVK
Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse des Saarlandes

RZVK des Saarlandes
Zusatzversorgungskasse
Fritz-Dobisch-Str. 12
66111 Saarbrücken

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Homepage im Bereich Zusatzversorgung.

Hinweise zum Ausfüllen des Formulars finden Sie unter www.rzvk-saar.de - Zusatzversorgung - Dokumente zum Download - Anträge und Vordrucke.

Ich beantrage eine Betriebsrente für Versicherte wegen

☐ Bezug einer Altersrente ab ____

☐ Erwerbsminderung ab ____

1. Persönliche Daten

Versicherungsnummer ZVK	
Steueridentifikationsnummer	**Sozialversicherungsnummer**

2. Angaben zur Person

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, ggf. Postfach		Zustellvermerk/ c/o Adresszusatz
Postleitzahl	Wohnort	Land
Telefon (freiw. Angabe für Rückfragen)	E-Mail (freiw. Angabe für Rückfragen)	

3. Antragstellung durch Dritte (falls zutreffend)

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt vom/von der

☐ Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen)

☐ Betreuer/in (bitte Kopie des amtlichen Nachweises beifügen)

Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung		Telefon (freiw. Angabe)
Straße, Hausnummer, ggf. Postfach	Postleitzahl	Wohnort

Version vom: 28. Okt 2026
Datei: Z5

Alle Formulare der RZVK des Saarlandes finden Sie - online ausfüllbar - unter www.rzvk-saar.de.

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n)	Versicherungsnummer ZVK

4. Bankverbindung

Sofern Kontoinhaber/in abweichend: bitte Vordruck Abweichende/r Kontoinhaber/in beifügen.
Bei Überweisung an eine Pflegeeinrichtung: bitte Vordruck Verpflichtungserklärung beifügen.
Bei ausländischer Bankverbindung: bitte Vordruck Zahlungserklärung (Französisch/ Englisch) beifügen.
Formulare abrufbar unter: www.rzvk-saar.de - Zusatzversorgung - Dokumente zum Download

Kontoinhaber/in (sofern nicht Rentenberechtigte/r)

BIC (8-11 Stellen)	Geldinstitut

IBAN (max. 34 Stellen)

5. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Erhalten Sie eine Rente von der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ ja: Die ZVK fordert die für die Feststellung des Versicherungsfalles und die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung an.

Falls eine elektronische Datenübertragung nicht möglich ist, wird die ZVK Sie informieren. In diesem Fall ist die Vorlage des vollständigen Rentenbescheides erforderlich.

☐ nein: Ich habe **keinen** Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil ich dort die Wartezeit oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z.B. wegen Befreiung von der Versicherungspflicht) nicht erfüllt habe. Bitte Nachweis beifügen!

6. Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die ZVK verpflichtet, im Rentenfall Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen.

Bezug von Krankengeld

Bezogen oder beziehen Sie Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung für Zeiten nach dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder im Ausland versichert. Bitte Nachweis beifügen!

7. Drittverschulden

Steht der Rentenfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde (z.B. Unfall)?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Name und Anschrift des Schädigers

Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers		Haftpflichtschaden-Nr.
Tag der Schädigung	**Ermittelnde Polizeidienststelle**	**Aktenzeichen/Tagebuchnr.**

Bitte beachten Sie die Abtretungserklärung in Ziffer 10!

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n)	Versicherungsnummer ZVK

8. Angaben zum Versicherungsverhältnis

8.1. Überleitung / Anerkennung

Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z.B. VBL, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert oder haben Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich (außer VBL) erworben?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Ich war/ bin bei folgender Zusatzversorgungseinrichtung versichert

Name der Zusatzversorgungseinrichtung		
Versicherungs-Nr. / Aktenzeichen	in der Zeit vom	bis

Wenn ja: Haben Sie bei uns bereits einen Antrag auf Überleitung / Anerkennung gestellt?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein: Sind Beiträge erstattet worden?

☐ ja ☐ nein

8.2. Mutterschutzzeiten vor dem 01.01.2012

☐ Hiermit beantrage ich die Berücksichtigung von Mutterschutzzeiten, die ich vor dem 1. Januar 2012 während der Pflichtversicherung bei einer kommunalen oder kirchlichen Zusatzversorgungseinrichtung zurückgelegt habe.

Bitte Nachweis beifügen (Anlage "Versicherungsverlauf" aus dem Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung oder anderer geeigneter Nachweis der Mutterschutzzeit).

9. Freiwillige Versicherung

Den zutreffenden Tarif finden Sie auf Ihrem jährlichen Versorgungskonto Freiwillige Versicherung

9.1. Freiwillige Versicherung Tarif 2002

Sofern Sie eine Freiwillige Versicherung im Tarif 2002 abgeschlossen haben:

Hiermit beantrage ich die zusätzliche Leistung aus der Freiwilligen Versicherung.

Für den Bezug einer Rente aus der Freiwilligen Versicherung - Tarif 2002 benötigen wir keine gesonderten Angaben.

9.2. Freiwillige Versicherung Tarif 2010/ Tarif 2010-U

Sofern Sie eine Freiwillige Versicherung im Tarif 2010/ Tarif 2010-U abgeschlossen haben:

☐ Hiermit beantrage ich **fristwahrend** die zusätzliche Leistung aus der Freiwilligen Versicherung.

Berechnungen zu Ihren Wahlrechten

- Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase
- Beginn der Altersrente
- Bezug einer lebenslangen Erwerbsminderungsrente

werden wir Ihnen in Kürze übersenden. Erst im Anschluss entscheiden Sie endgültig über eine verbindliche Antragstellung.

Für die Feststellung der Leistungen werden weitere Angaben benötigt. Die erforderlichen Formulare werden wir den Berechnungen beifügen.

Bei Fragen zu Ihren Wahlrechten wenden Sie sich bitte an das Team FV unter Tel. 06 81/40 00 3-735.

☐ Ich beantrage die zusätzliche Leistung aus der Freiwilligen Versicherung zu einem späteren Zeitpunkt (neuer Antrag notwendig).

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n)	Versicherungsnummer ZVK

10. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- die Überleitung von Versicherungszeiten nach Ziffer 8.1. beantrage, sofern bisher keine Überleitung erfolgt ist,
- im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe,
- **etwaige Schadensersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse des Saarlandes (ZVK) zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung hiermit an die ZVK abtrete (§ 49 Satzung der ZVK).**

Ich verpflichte mich,

- die ZVK unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn:
  - der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt bzw. nur eine Teilrente gewährt,
  - sich meine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst ändert,
  - Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherungsgeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, 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 gesetzlichen Rentenversicherung ändert,
  - sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.
- überzahlte Rentenbeträge an die ZVK zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge an die ZVK zurückzuzahlen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Sofern dieses nicht ausreicht, beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch gegenüber meinen Erben, Namen und Anschrift der Personen, die über den Betrag verfügt haben, zu benennen. Insoweit entbinde ich das kontoführende Geldinstitut von seinen vertraglichen Verschwiegenheits- und Geheimhaltungspflichten, insbesondere vom Bankgeheimnis.

Weitere Einzelheiten hierzu ergeben sich aus den besonderen Hinweisen und den Anzeigenpflichten, die mit der Rentenentscheidung übersandt werden.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der/des Bevollmächtigten

11. Anlagen

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Wichtiger Hinweis: Bitte fügen Sie Unterlagen nur in Kopie und nicht im Original bei. Eingereichte Unterlagen werden elektronisch archiviert und anschließend nach datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet. Wir senden keine Originalunterlagen zurück.

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n)	Versicherungsnummer ZVK

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Die Ziffern 12 bis 15 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Rentenbeginn bestanden hat!

12. Meldung zum Arbeitsverhältnis

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 beigefügt

☐ wurde bereits übersandt

☐ ist/wird am ☐ über DATÜV-ZVE erfolgt/erfolgen.

13. Arbeitsunfall

Ist der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall eingetreten, der im Zusammenhang mit dem der Pflichtversicherung zugrunde liegenden Arbeitsverhältnis steht? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte den Bescheid der Berufsgenossenschaft beifügen!

14. Erstattungsanspruch (falls zutreffend)

14.1. Der/Die Arbeitnehmer/in hat über den Rentenbeginn hinaus Bezüge erhalten. Es wird deshalb gebeten, zum Ausgleich der zuviel gezahlten und nicht von dritter Seite zu erstattenden Bezüge

14.1.1. einen Betrag bis zur Höhe von ☐ , jedoch maximal die monatliche Betriebsrente für den Zeitraum vom ☐ bis ☐

14.1.2. einen Betrag in Höhe von ☐
(Bestätigung durch Arbeitnehmer/in unter Punkt 14.2. zwingend erforderlich!)

zu überweisen auf unser Konto bei

BIC	unter Angabe des Akten-/Buchungszeichens:
IBAN	

14.2. Erklärung Arbeitnehmer/in (nur zu Ziff. 14.1.2. erforderlich)

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die unter Ziffer 14.1.2. geltend gemachten Erstattungsansprüche meines Arbeitgebers insoweit an diesen abtrete, als diese nicht bereits kraft tariflicher Regelung übergegangen sind.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

15. Bestätigung des Arbeitgebers

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben (soweit feststellbar) richtig sind.

Bitte ergänzen Sie auf Seite 1 die Sozialversicherungsnummer und Steuerdentifikations-nummer, falls diese nicht angegeben wurden.

Für Rückfragen bitte angeben:

Name, Vorname Ansprechpartner/in	Telefonnummer

Ort, Datum	Unterschrift/Arbeitgeberanschrift/Stempel

Version vom: 28. Okt 2026
Datei: Z5

Formular drucken | Formular leeren