

Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

RZVK des Saarlandes
Zusatzversorgungskasse
Postfach 10 24 32
66024 Saarbrücken

Ich beantrage eine Leistung aus der

Pflichtversicherung

Freiwilligen Versicherung

1. Persönliche Daten

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Mitgliedsnummer ZVK | Versicherungsnummer ZVK | Steueridentifikations-Nr. |
| Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname | | |
| Straße, Hausnummer, ggf. Postfach | Postleitzahl | Wohnort |
| Geburtsdatum | Telefon (freiw. Angabe) | E-Mail (freiw. Angabe) |

2. Antragstellung durch andere Personen

| | | |
|---|--------------|-------------------------|
| 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 |

3. Bankverbindung

| | |
|------------------------|---|
| Geldinstitut | Kontoinhaber(in) (sofern nicht Rentenberechtigte/r) |
| BIC (8-11 Stellen) | BIC und IBAN finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank |
| IBAN (max. 34 Stellen) | |

4. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

| | |
|--|---|
| Erhalten Sie eine Rente von der gesetzlichen Rentenversicherung? | |
| ja: | Bitte fügen Sie den vollständigen Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung (mit allen Berechnungsanlagen) als Kopie bei. |
| nein: | Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei (z.B. Befreiungs- oder Änderungsbescheid). |

29. Nov 2021

Datei:

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

5. Zusätzliche Angaben zur Feststellung des Rentenzahlbetrages

Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z.B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert? ja nein

Wenn ja:

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Versicherungs-Nr. / Aktenzeichen

in der Zeit vom

bis

Sind Beiträge erstattet worden? ja nein

Haben Sie bei uns bereits einen Antrag auf Überleitung bzw. auf gegenseitige Anerkennung von Versicherungszeiten in der Pflichtversicherung gestellt? ja nein

Steht der Eintritt des Versicherungsfalles im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten (z.B. bei einem Verkehrsunfall) verursacht wurde? 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 6!

Angaben zur Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer

gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. AOK, Ersatzkasse, Bundesknappschaft usw.)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versicherten-Nr.

privaten Kranken-/Pflegeversicherung (bitte Nachweis beifügen)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Erhalten oder erhielten Sie Krankengeld von Ihrer Krankenkasse für Zeiten, in denen ein Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht?

ja: Bitte fügen Sie eine Bescheinigung der Krankenkasse über Höhe und Dauer bei.

nein

Falls Sie geschieden sind:

Wurde ein Versorgungsausgleich durchgeführt? ja nein

Haben Sie während einer Pflichtversicherung bei einer Zusatzversorgungseinrichtung bzw. während einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst Mutterschutzzeiten zurückgelegt?

nein

ja, diese Zeiten wurden

in der Zusatzversorgung bereits beantragt.

bisher nicht gemeldet. Bitte übersenden Sie mir das Antragsformular.

29. Nov. 2021

Datei:

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

6. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe,
- **etwaige Schadenersatzansprüche, 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 der 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, 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 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.

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

Hinweis für Rentenantragsteller/innen, die bis zum Renteneintritt pflichtversichert waren/sind:

Es besteht die Möglichkeit, die Seiten 1-3 dieses Antrages samt Anlagen Ihrem Arbeitgeber ausgefüllt und unterschrieben in einem verschlossenen Umschlag zu übergeben. Der Arbeitgeber bleibt weiterhin verpflichtet, Seite 4 (mit Ausnahme von Ziff. 10) auszufüllen. Beachten Sie, dass bei dieser Vorgehensweise der Arbeitgeber möglicherweise dennoch von Ihnen Unterlagen oder Angaben zum pflichtgemäßen Ausfüllen benötigt.

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers |
|------------|---|

29. Nov. 2021

Datei:

7. Anlagen

Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung einschl. aller Berechnungsanlagen

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

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Die Ziffer 8 bis 11 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Rentenbeginn bestanden hat!

8. 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!

9. Angaben zum Arbeitsverhältnis

9.1. 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

bereits übersandt

über DATÜV-ZVE erfolgt am _____ / wird erfolgen am _____

9.2. 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

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

9.2.2. einen Betrag in Höhe von _____ zu überweisen auf unser Konto bei _____

BIC _____ unter Angabe des Akten-/Buchungszeichens: _____

IBAN _____

10. Erklärung Arbeitnehmer(in) (nur zu Ziff. 9.2.2 erforderlich)

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die unter Ziffer 9.2.2 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

11. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben richtig sind.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Name, Vorname des Ansprechpartners

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift/Arbeitgeberanschrift/Dienstsiegel/Stempel

29. Nov 2021

Datei: