

Zusatzversorgungskasse der
Gemeinden und Gemeindeverbände
Postfach 11 15 61
64230 Darmstadt

Formular drucken

Antrag auf Betriebsrente für Versicherte wegen

Erreichen einer Altersgrenze

Erwerbsminderung

Rentenbeginn _____

Datenschutzhinweis:

Informationen zu Ihren Rechten hinsichtlich der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung finden Sie im Internet unter www.zvk-darmstadt.de/datenschutz

Mitgliedsnummer	Versicherungsnummer	PAN / Sozialversicherungsnummer
-----------------	---------------------	---------------------------------

1. Angaben zur Person

Familiename (ggf. auch Geburtsname), Vorname(n)		Steuer-Identifikations-Nr. (11 Stellen)
Straße und Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl	Wohnort	Telefon

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt aufgrund einer		
Bevollmächtigung *	Betreuung *	* Vollmacht / Betreuerausweis ist beizufügen
Name, Vorname bzw. Bezeichnung der betreuenden Einrichtung		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Telefon

3. Angaben zur Bankverbindung

IBAN (max. 34 Stellen)		BIC (8 - 11 Stellen)
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (nur wenn abweichend vom Antragsteller)	

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

4. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die ZVK verpflichtet, im Rentenfall Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Bitte ergänzen Sie daher die erforderlichen Angaben.

Ich bin Mitglied einer

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

Name der Krankenkasse

Versichertennummer (Krankenkasse)

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

privaten Kranken-/Pflegeversicherung

ausländischen Krankenversicherung

5. Angaben zum Anspruch auf gesetzliche Rente

Besteht ein Anspruch auf eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung?

ja In diesem Fall rufen wir die für die Rentenberechnung erforderlichen Daten elektronisch bei der Deutschen Rentenversicherung ab (siehe Hinweis unter Ziffer 7.)

nein Bitte fügen Sie einen Nachweis der Deutschen Rentenversicherung in Kopie bei (z. B. wegen Befreiung von der Versicherungspflicht, nicht erfüllter Wartezeit)

6. sonstige Angaben

6.1. Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert oder haben Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (außer VBL) Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich erworben?

nein	ja	vom / bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr. / Aktenzeichen
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____

Wurden Beiträge erstattet?

nein ja

6.2. Haben Sie während Ihrer Pflichtversicherung bei der ZVK Darmstadt Mutterschutzzeiten vor dem 1. Januar 2012 zurückgelegt?

nein

ja, diese Zeiten wurden

in der Zusatzversorgung bereits beantragt.

bisher nicht gemeldet.
Hiermit beantrage ich die Berücksichtigung der vor dem 1. Januar 2012 zurückgelegten Mutterschutzzeiten.

Bitte fügen Sie als Nachweis die Anlage "Versicherungsverlauf" des Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung oder eine Bescheinigung Ihrer Krankenkasse bzw. Ihres Arbeitgebers in Kopie bei.

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

6.3.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Erreichen der gesetzlichen Regelaltersgrenze: Wird der Rentenanspruch wegen eines von einem Dritten verursachten Schadensereignisses (z. B. Verkehrsunfall) gestellt?		
nein ja		
Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Anschrift)		
Haftpflichtversicherung	Haftpflichtschaden-Nummer	
Tag des Schadensereignisses	Ermittelnde Dienststelle	Aktenzeichen
Abtretungserklärung: Ich trete hiermit etwaige Schadensersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, durch das die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung von Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistungen an die Zusatzversorgungskasse ab.		
Ort und Datum		Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

7. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

<p>Ich erkläre ausdrücklich, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Angaben vollständig und richtig gemacht habe, - die Überleitung / gegenseitige Anerkennung der Versicherungszeiten unter Ziffer 6.1. beantrage, sofern bisher kein Antrag gestellt wurde, - im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe, - mit der Überweisung der Betriebsrente an meinen Arbeitgeber in Höhe der als Vorschuss auf die Betriebsrente gezahlten Bezüge einverstanden bin, - damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der Zusatzversorgungskasse Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat. <p>Die ZVK fordert die für die Feststellung des Eintritts des Versicherungsfalles und die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten elektronisch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung von der Deutschen Rentenversicherung an. Die Deutsche Rentenversicherung übermittelt, soweit relevant, folgende Daten: Datum Rentenbescheid, Angaben zu Leistungsfall und -art, Zugangsfaktor, Beginn und Ende der Rente, Berechnungs- oder Ablehnungsgrund, Angaben zur Kranken-/Pflegeversicherung, Kennzeichen für einen möglichen Erstattungsanspruch eines Sozialversicherungsträgers, Kennzeichen zum Versorgungsausgleich sowie Angaben zum Ruhen der Rente oder zum Bezug einer Teilrente.</p> <p>Falls eine elektronische Übertragung der erforderlichen Daten nicht möglich ist, müssen Sie uns die Daten selbst bereitstellen (Vorlage des Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung in Kopie).</p> <p>Ich verpflichte mich,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Zusatzversorgungskasse unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Unterhaltsgeld oder Verletztengeld bezogen wird, - sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird. - Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. <p>Weitere Informationen zu Ihren Anzeigepflichten übersenden wir Ihnen mit der Rentenentscheidung.</p> <p>Ich ermächtige die Zusatzversorgungskasse mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge von dem jeweils kontoführenden Geldinstitut zurückzufordern.</p> <p>Ort und Datum</p> <p>Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>Dem Antrag ggf. beigefügte Unterlagen senden Sie bitte nur in Kopie und nicht im Original ein. Die Unterlagen werden von uns elektronisch archiviert und anschließend nach datenschutzrechtlichen Vorgaben vernichtet. Wir senden keine Originalunterlagen zurück.</p> <p>Um eine schnelle elektronische Verarbeitung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, heften, klammern oder kleben Sie die Unterlagen bitte nicht zusammen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Versicherungsnummer	Name
---------------------	------

Angaben des Arbeitgebers

Die Ziffern 8 und 9 sind nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung bis zum Rentenbeginn bestanden hat.

8. Angaben zum Arbeitsverhältnis

8.1.

Die ausgeschiedene Arbeitnehmerin / der ausgeschiedene Arbeitnehmer hat Bezüge erhalten, die tarifrechtlich als Rentenvorschüsse gelten. Die Betriebsrente soll überwiesen werden	
in Höhe von _____ Betrag (Euro)	für den Zeitraum vom / bis _____ _____
IBAN	BIC
Name und Sitz des Geldinstituts	
unter Angabe des Aktenzeichens	
8.2.	Zuletzt maßgebende Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis:
Arbeitsentgelt (nicht Krankenbezüge) wurde bezogen	bis _____
Entgeltfortzahlung (§ 3 EFZG)	vom / bis _____
Krankengeldzuschuss (z. B. § 22 TVöD), auch wenn dieser wegen der Höhe des Krankengeldes nicht zur Auszahlung kam	vom / bis _____

9. Bestätigung des Arbeitgebers

Die vorstehenden Angaben - soweit feststellbar auch die der Antragstellerin / des Antragstellers - sind vollständig und richtig. Die Abmeldung			
liegt der ZVK bereits vor.	ist beigefügt.	wird nachgereicht.	erfolgt/e über Datenaustausch.
Für Rückfragen zuständig:			
Name	Telefon-Nr.		
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift		