Zusatzversorgungskasse

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
DER GESCHÄFTSFÜHRER

Antrag auf Betriebsrente wegen Erwerbsminderung

Angaben der/des Versicherten

Hiermit beantrage ich die Betriebsrente wegen Erwerbsminderung.

Formular löschen

1. Angaben zur/zum Versicherten

Name

Vorname

Versicherungsnummer ZVK/ Unser Zeichen

Geburtsname

Geburtsdatum . .

Geburtsort

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort/Ortsteil

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Steueridentifikationsnummer*1

Sozial-/Rentenversicherungsnummer (z. B. 48 010150 S 001)*2

2. Antragstellung durch andere Person

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt vom

☐ Bevollmächtigten (Vollmacht beifügen)

☐ Betreuer (Bestallungsurkunde beifügen)

3. Bankverbindung

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (max. 11 Stellen)
(nur bei Auslandskonten)

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber/in

4. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung*3

☐ Ich bin als Rentner/in Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK)

Name der gesetzlichen Krankenkasse

☐ Ich bin als Rentner/in Mitglied bei einem privaten oder ausländischen Krankenversicherungsunternehmen.

5. Angaben zum Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung – Nachweis der Elterneigenschaft*4

☐ Ich bin nicht bzw. war nie Mutter/Vater eines Kindes.

☐ Ich bin bzw. war leibliche Mutter/leiblicher Vater bzw. Adoptivmutter/-vater.

(Als **Nachweis** füge ich die Geburtsurkunden/Abstammungsurkunden, einen Auszug aus dem Familienbuch, einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung der Kinderfreibeträge **oder** eine Lohnsteuerkarte mit Eintrag der Kinderfreibeträge bzw. die Adoptionsurkunden **in Kopie** bei.)

☐ Ich bin bzw. war Stiefmutter/-vater eines Kindes.

(Als **Nachweis** füge ich eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes bei, aus der hervorgeht, dass die Kinder im Haushalt gemeldet sind bzw. waren sowie eine Heiratsurkunde **oder** einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung der Kinderfreibeträge **in Kopie**.)

☐ Ich bin bzw. war Pflegemutter/-vater eines Kindes.

(Als **Nachweis** füge ich eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes bei, aus der hervorgeht, dass die Kinder im Haushalt gemeldet sind bzw. waren sowie einen Nachweis des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis **oder** einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung der Kinderfreibeträge **in Kopie**.)

Name des Kindes | Vorname des Kindes

__ __ . __ __ . __ __ __ __ | Geburtsort des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Weitere Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Name des Kindes | Vorname des Kindes

__ __ . __ __ . __ __ __ __ | Geburtsort des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Name des Kindes | Vorname des Kindes

__ __ . __ __ . __ __ __ __ | Geburtsort des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Name des Kindes | Vorname des Kindes

__ __ . __ __ . __ __ __ __ | Geburtsort des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Name des Kindes | Vorname des Kindes

__ __ . __ __ . __ __ __ __ | Geburtsort des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

6. Angaben zum Leistungsträger *5

Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund) oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Rentenbeginn ist (voraussichtlich) / war der_____.

☐ Ich beziehe keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Ich beantrage die Betriebsrente ab _____
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Befreiungsscheines zugunsten anderer Versorgungswerke (z. B. Ärzteversorgung) bei.)

Versicherungsnummer ZVK/ Unser Zeichen: _____

7. Angaben zu Vorversicherungszeiten*6

Sind oder waren Sie bei anderen Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen und kirchlichen Dienstes - ZVE - (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL - / kommunale oder kirchliche ZVE) versichert, deren Beiträge bisher weder erstattet noch an uns übergeleitet worden sind bzw. mit denen bisher keine gegenseitige Anerkennung von Versicherungszeiten erfolgte?

☐ Ja ☐ Nein

Für die hier angegebenen Zeiten beantrage ich die Überleitung / Anerkennung*6:

Von (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer bei der anderen ZVE

8. Allgemeine Angaben

Haben Sie bei der ZVK eine freiwillige Versicherung abgeschlossen?	☐ Ja	☐ Nein
Ist der Renteneintritt auf eine Schädigung zurückzuführen, die ein Dritter verursacht hat?	☐ Ja	☐ Nein
Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?	☐ Ja	☐ Nein

9. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen

	liegt bei	wird nachgereicht
• Anlage Krankengeld (nur bei Erwerbsminderungsrenten)	☐	☐
• ggf. Kopien zum Nachweis der Elterneigenschaft	☐	☐

10. Erklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

a) Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche Fragen vollständig und richtig beantwortet habe.

b) Mit der Befriedigung des evtl. Ersatzanspruches meines Arbeitgebers bin ich einverstanden (Angaben des Arbeitgebers, siehe Seite 5). Sofern die Höhe dieses Ersatzanspruches im Rentenantrag nicht angegeben ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber diesen nachträglich beziffert. Die ZVK unterstellt den vom Arbeitgeber bezifferten Ersatzanspruch als richtig.

c) Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an die ZVK zurückzuzahlen sind.
Bei einer etwaigen Rückforderung von Rentenbezügen wegen des Todes des Rentenempfängers gilt § 118 Abs. 3, 4 und 5 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der zum Todeszeitpunkt gültigen Fassung entsprechend.

d) Mir ist bekannt, dass ich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung verpflichtet bin, der ZVK eine Verlegung meines Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts sowie jede Änderung von Verhältnissen, die sich auf meinen Anspruch auf Betriebsrente dem Grunde oder der Höhe nach auswirken können, **unverzüglich schriftlich** mitzuteilen.

Weitere Informationen zu Ihren Anzeigepflichten erhalten Sie mit der Rentenfestsetzung.

e) Ich bin damit einverstanden, dass bestehende Vollmachten bzw. Einwilligungserklärungen im Zusammenhang mit der Beantragung der Riester-Förderung zum Ende des Jahres, in dem die Rente beginnt, erlöschen.

Ort, Datum	**Unterschrift**

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
DER GESCHÄFTSFÜHRER

Allgemeine Hinweise und Informationen

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf den Seiten 1 bis 3 vollständig und fügen Sie die erforderlichen Unterlagen bei.
Unterschrift nicht vergessen!

*1 Steueridentifikationsnummer (Punkt 1 dieses Antrages)

Die Steueridentifikationsnummer besteht aus 11 Ziffern. Die Nummer wurde vom Bundeszentralamt für Steuern vergeben und im Jahr 2008 jeder in Deutschland gemeldeten Person mitgeteilt.

*2 Sozialversicherungsnummer (Punkt 1 dieses Antrages)

Die Sozialversicherungsnummer entspricht der Rentenversicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung.
Sie finden sie z. B. auf Ihrem Sozialversicherungsausweis (Bsp.: 48 010150 S 001).

*3 Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung (Punkt 4 dieses Antrages)

Nach den Vorschriften zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind von den Rentenleistungen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichten. Wir sind daher verpflichtet, die für die/den Rentenberechtigte/n zuständige Krankenkasse zu ermitteln.

*4 Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung - Nachweis der Elterneigenschaft (Punkt 5 dieses Antrages)

Die Höhe des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung ist gem. § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abhängig von der Elterneigenschaft, d. h. kinderlose Rentner/innen, die ab 1940 geboren und älter als 23 Jahre sind, zahlen einen erhöhten Beitragssatz.
Eltern im Sinne des SGB XI sind leibliche Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern und Pflegeeltern.
Die Elterneigenschaft wird auch anerkannt, wenn das Kind verstorben ist.
Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde zum 01.07.2023 eine Differenzierung des Beitragssatzes nach der Kinderzahl eingeführt. Bei kinderlosen Rentenberechtigten gilt ein Beitragssatz in Höhe von 4 %. Bei Rentenberechtigten mit einem Kind gilt demgegenüber nur ein Beitragssatz von 3,4 %.
Bei Rentenberechtigten mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der Beitragssatz darüber hinaus ab dem zweiten bis zum fünften Kind um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind. Wenn nicht mehr mindestens zwei Kinder jünger als 25 Jahre alt sind, gilt der reguläre Beitragssatz in Höhe von 3,4 %.
Um sowohl die Rentenberechtigten als auch die beitragsabführenden Stellen sowie die Pflegekassen vom Verwaltungsaufwand zu entlasten, sieht das Gesetz vor, dass bis Mitte 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt wird. Damit sollen den beitragsabführenden Stellen sowie den Pflegekassen die Daten zu den berücksichtigungsfähigen Kindern bis spätestens zu diesem Zeitpunkt in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden. Betroffene Renten werden dann rückwirkend (frühestens zum 01.07.2023) mit den reduzierten Beitragssätzen korrigiert.
Sofern in Ihrer Rentenberechnung die reduzierten Beitragssätze bereits vorab berücksichtigt werden sollen, teilen Sie uns bitte die Anzahl Ihrer Kinder unter 25 Jahren mit und legen Kopien der Geburtsurkunden bei.

*5 Angaben zum Leistungsträger (Punkt 6 dieses Antrages)

a) Gesetzliche Rentenversicherung

Die erforderlichen Daten für die Berechnung, Weitergewährung oder Umwandlung Ihrer Rente erhalten wir direkt von der Deutschen Rentenversicherung. Sobald uns diese vorliegt, werden wir Ihre Betriebsrente entsprechend berechnen, verlängern oder umwandeln. Die Vorlage des Bescheides der gesetzlichen Rentenversicherung ist somit in der Regel nicht mehr erforderlich. Sollte Ihnen ein Weitergewährungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung zugehen, können Sie uns diesen aber gern zur weiteren Bearbeitung in Kopie zur Verfügung stellen.

b) Berufsständische Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung)

Der Rentenbeginn in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung löst keinen Versicherungsfall in der Zusatzversorgung aus. Für den Beginn der Betriebsrente aus der Zusatzversorgungskasse sind neben den satzungsrechtlichen Voraussetzungen auch die Regelungen der Sozialgesetzbücher (z. B. SGB VI) maßgeblich. Die Zusatzversorgungskasse prüft anhand dieser Vorschriften, ob der gewählte Rentenbeginn möglich ist oder die Betriebsrente erst zu einem späteren Zeitpunkt bewilligt werden kann.

*6 Angaben zu Vorversicherungszeiten (Punkt 7 dieses Antrages)

Anzugeben sind hier nur ZVE des öffentlichen und kirchlichen Dienstes mit denen ein Überleitungsabkommen/-statut geschlossen wurde. Sofern Versicherungszeiten bei mehreren ZVE bestanden haben, geben Sie bitte alle ZVE (ggf. auf einem separaten Blatt) an. Die ZVK Sachsen-Anhalt prüft dann, inwiefern eine Zusammenführung der Versicherungszeiten möglich ist.

Zusatzversorgungskasse

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
DER GESCHÄFTSFÜHRER

Formular löschen

Angaben des Arbeitgebers

Dieser Teil ist nur auszufüllen, wenn die Pflichtversicherung in der ZVK bis zum Rentenbeginn bestanden hat.

1. Angaben zur/zum Versicherten

Name

Versicherungsnummer ZVK/ Unser Zeichen

Vorname

Geburtsdatum

2. Angaben zum Arbeitgeber

Mitgliedsnummer bei der ZVK

Ansprechpartner/in

Telefonnummer

E-Mail

3. Ersatzanspruch

Wird Ersatzanspruch auf die Betriebsrente wegen vorschussweise gezahlter Krankenbezüge/Krankengeldzuschüsse (z. B. § 22 Abs. 4 TVöD) geltend gemacht?

☐ Ja ☐ Nein Höhe des Ersatzanspruchs €

Erstattungszeitraum vom (monatlich) . . bis . . €

Erstattungszeitraum vom (monatlich) . . bis . . €

Erstattungszeitraum vom (monatlich) . . bis . . €

Bankverbindung für die Überweisung des Ersatzanspruchs:

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (max. 11 Stellen)
(nur bei Auslandskonten)

Name des Geldinstituts

Name Kontoinhaber/in

4. Abmeldung

Die Abmeldung ☐ ist bereits übersandt ☐ wird nachgereicht bis

Eine Abmeldung von der Pflichtversicherung ist zum Rentenbeginn erforderlich, auch wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht geendet hat.

5. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift

Dienstsiegel/Stempel des Arbeitgebers

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Zusatzversorgungskasse

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
DER GESCHÄFTSFÜHRER

Anlage Krankengeld

Formular löschen

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

sollten Sie Krankengeld beziehen oder bezogen haben, ruht die Betriebsrente

- in Höhe des Betrages, um den das ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld die Rente wegen voller Erwerbsminderung oder wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung übersteigt

oder

- bei Bezug einer Betriebsrente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe des Betrages, um den das für die Zeit ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld nach § 50 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) nicht gekürzt werden kann.

Bitte lassen Sie diese Anlage von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ausfüllen und fügen sie dem Antrag auf Betriebsrente bei.

Sollten Sie weiterhin laufend Krankengeld erhalten, so teilen Sie uns bitte künftig jede Änderung des Zahlbetrages mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Zusatzversorgungskasse

Angaben der Krankenkasse

1. Angaben zur/zum Versicherten

Name

Vorname

Versicherungsnummer ZVK/ Unser Zeichen

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

2. Angaben zum Krankengeldbezug

Für die Zeit ab Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt wurde Krankengeld gezahlt:

☐ Ja, wir legen bei: ☐ Nein

☐ Bei Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente oder Altersrente eine Kopie der Abrechnung über den auf § 50 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 103 SGB X beruhenden Krankengelderstattungsanspruch gegenüber dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Angabe des kalendertäglichen Bruttokrankengeldes.

☐ Bei Bezug einer teilweisen Erwerbsminderungsrente eine Kopie der Mitteilung an das Mitglied über die Höhe des nach § 50 Abs. 2 SGB V gekürzten kalendertäglichen Bruttokrankengeldes, ergänzt um den voraussichtlichen Zeitpunkt der Erhöhung und des Wegfalls des Krankengeldes.

Ansprechpartner/in bei der zuständigen Krankenkasse

Telefonnummer Ansprechpartner/in

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.