



Zusatzversorgungskasse

der Evangelisch-lutherischen
Landeskirche Hannovers

32756 Detmold, Doktorweg 2-4
32721 Detmold, Postfach 31 44

Telefon: 05231 98103-30
Telefax: 05231 98103-45
www.kzvk-hannover.de
info@kzvk-hannover.de

Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie ihn ausfüllen und eigenhändig unterschreiben.

Die Angaben in diesem Antrag machen Sie freiwillig. Für die Bearbeitung Ihres Antrages ist eine genaue und vollständige Beantwortung der nachfolgenden Fragen erforderlich; ohne Ihre Angaben ist ggf. die Gewährung einer Leistung nicht möglich.

Teil A: Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

1. Angaben zur Person der/des Versicherten

_____ ZVK-Versicherungsnummer

Name
Geburtsname
Vorname(n)
Geburtsdatum
Anschrift
(Straße, Hausnummer)
.....
(Postleitzahl, Wohnort)
Telefon (für evtl. Rückfragen) /
(Vorwahl) (Rufnummer)
E-Mail (freiwillig)

2. Antragstellung durch andere Person

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

Bevollmächtigten
(bitte Vollmacht beifügen)

Betreuer
(Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

Name, Vorname bzw.
Bezeichnung der Behörde
Anschrift
(Straße, Hausnummer)
.....
(Postleitzahl, Wohnort)
Aktenzeichen
Telefon (für evtl. Rückfragen) /
(Vorwahl) (Rufnummer)
E-Mail (freiwillig)

3. Angaben zur Überweisung der Rente

Renten können nur auf ein Bank-, Sparkassen- oder Postgirokonto (kein Sparbuch) **innerhalb der Europäischen Union (EU)** überwiesen werden. Bei Überweisungen ins EU-Ausland bitte anstelle der Konto-Nummer und Bankleitzahl die Internationale Bank Account Nummer (IBAN) und den Bank Identifier Code (BIC, auch SWIFT genannt) angeben.

Konto-Nummer Bankleitzahl
(bzw. IBAN) (bzw. BIC)

Geldinstitut, Ort

Kontoinhaber
(falls nicht Versicherter)

4. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung/ anderweitigen Zukunftssicherung

Beziehen Sie eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung (gesetzlicher Rentenversicherungsträger) oder haben Sie eine solche beantragt?

ja **Wenn ja:** Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheides mit allen Anlagen bei.
Bitte beachten: Ohne Rentenbescheid kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

nein **Wenn nein:** Zu welchem Zeitpunkt möchten Sie – soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind – die Rente in Anspruch nehmen? Ab _____

5. Sonstige Angaben

5.10 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:

vom	für die Zeit bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktzeichen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurden die Beiträge für die vorgenannten Zeiten erstattet? ja nein

Wenn ja:

vom	für die Zeit bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktzeichen
_____	_____	_____	_____

8. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

8.10 Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- alle vorstehenden Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe;
- die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe;
- mit der Befriedigung des evtl. Ersatzanspruches meines Arbeitgebers - vgl. Ziffer 2.20 Teil B des Antrages - einverstanden bin;
- damit einverstanden bin, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung über meine Rentenansprüche und das diesen zugrunde liegende Versicherungsverhältnis der Zusatzversorgungskasse der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers (ZVK) gegenüber Auskunft erteilt;
- damit einverstanden bin, dass die für mich zuständige Krankenkasse der ZVK Auskunft über die Höhe und die Dauer des mir gezahlten Krankengeldes erteilt.

8.20 Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die ZVK sofort zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund und Höhe gem. § 48 der Versorgungsordnung (siehe nachfolgend Anzeigepflichten) berühren und dass ich Überzahlungen, die durch Verletzung der Anzeigepflichten entstehen, sowie Leistungen, auf die ich keinen Anspruch habe, erstatten muss.

8.30 Ich ermächtige die ZVK, Versorgungsbezüge, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, vom jeweils kontoführenden Geldinstitut wieder zurückzurufen. Bei Rentenüberzahlungen entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut auch gegenüber meinen Erben vom Bankgeheimnis.

Anzeigepflichten der Empfänger von Betriebsrenten:

Gemäß § 48 der Versorgungsordnung sind Versicherte und Betriebsrentenberechtigte verpflichtet, der Kasse eine Verlegung ihres Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts sowie jede Änderung von Verhältnissen, die ihren Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können, unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Insbesondere sind mitzuteilen

- die Versagung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Beendigung der Rentenzahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Bezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangskrankengeld und Verletztengeld,
- der Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung und die Änderung von voller in teilweise oder von teilweiser in volle Erwerbsminderung und die Änderung der Höhe der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienstes,
- die Änderung der Rentenart in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ort, Datum

Unterschrift
der Antragstellerin/des Antragstellers

Anlagen:

Rentenbescheid der Sozialversicherung (Fotokopien genügen)	wird nachgereicht
Meldung über die Krankenversicherungspflicht	wird nachgereicht
Abrechnung der Krankenkasse über gezahltes Krankengeld	wird nachgereicht
Nachweis über die Zuschlagsfreiheit zur Pflegeversicherung	wird nachgereicht
Sonstiges:	

Datenschutzhinweis: Die im Zusammenhang mit der beantragten Rente stehenden Daten werden von der ZVK – soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der Satzungsaufgaben erforderlich ist – gespeichert.

Der folgende Teil B ist nur dann beim Arbeitgeber einzureichen und von diesem auszufüllen, wenn bis zum Rentenbeginn eine Pflichtversicherung bestanden hat.

Teil B: Angaben des Arbeitgebers

ZVK-Versicherungsnummer _____

1. Angaben zum Ende der Versicherungspflicht

1.10 Das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis

ø wurde/wird zum | _____ | beendet.

ø ruht ab | _____ | weil der Versicherungsfall wegen Erwerbsminderung auf Zeit eingetreten ist.

ø nicht beendet, weil

1.20 Aus diesem Arbeitsverhältnis haben bis zum Rentenbeginn zugestanden/stehen zu

laufendes zusatzversorgungspflichtiges Entgelt bis | _____ |.

(Datum Beginn der Entgeltfortzahlung (1. Kranktag) | _____ |)

Überzahlte Bezüge, die als Vorschüsse auf die gesetzliche Rente gelten (z.B. § 22 TVöD), sind nicht zusatzversorgungspflichtig (siehe auch nachfolgend Ziffer 2.20).

1.30 Der Meldevordruck (Abmeldung)

ø ist beigelegt ø ist bereits übersandt ø wird nachgereicht bis | _____ |

ø ist am | _____ | über DATÜV erfolgt wird am | _____ | über DATÜV erfolgen.

2. Sonstige Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

2.10 Ist der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung eingetreten?

Nur ausfüllen, wenn die Wartezeit nach § 32 Versorgungsordnung nicht erfüllt ist. ja ø nein

Wenn ja:

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Aktenzeichen
| _____ | | _____ |

2.20 Wird Ersatzanspruch auf die Betriebsrente geltend gemacht? ja ø nein

Wenn ja: Wegen

ø überzahlter Bezüge, für die Zeit Euro insgesamt
vom bis
die als Vorschuss auf die gesetzliche Rente gelten. | _____ | | _____ | | _____ |

unter Angabe des Aktenzeichens | _____ | zu überweisen auf:

Konto-Nummer | _____ | Bankleitzahl | _____ |

Geldinstitut | _____ |

2.30 War mit dem/der Versicherten eine Altersteilzeit vereinbart worden? ö ja ö nein

Wenn ja, für die Zeit vom vom bis
| _____ | | _____ |

Bitte fügen Sie die Vereinbarung bei.

Bitte achten Sie darauf, dass alle Fragen in Teil A und B des Antrages vollständig und genau beantwortet, beide Teile des Antrages unterschrieben und die für den Antrag erforderlichen Unterlagen beigelegt sind.

Auskunft erteilt _____ Telefon _____ / _____
Vorwahl Rufnummer

Mitglieds-Nr. _____ E-Mail _____

Ort, Datum

Unterschrift

Dienstsiegel / Stempel

Anlagen:

