

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Frühere Namen: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Eingangsstempel KZVK

Eingangsstempel ZVE

**Zusatzversorgungskasse  
der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers  
Postfach 3144  
32721 Detmold**

## Antrag auf Überleitung

I. Ich bin bei Ihnen seit \_\_\_\_\_  
durch den Arbeitgeber/Anstellungsträger \_\_\_\_\_

(Name und Anschrift des Anstellungsträgers)

unter der Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ versichert.

71

KZVK-Schlüssel

II. Vorher war ich bei der Zusatzversorgungseinrichtung (Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_

ZVE-Schlüssel

(wird von der KZVK eingetragen)

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ unter der Vers. Nr. \_\_\_\_\_ pflichtversichert.

**Ich beantrage die Überleitung der Pflichtversicherung auf Ihre Zusatzversorgungseinrichtung.**

**Ich beantrage die Anerkennung der bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder zurückgelegten Pflichtversicherungszeiten. (Zutreffendes bitte ankreuzen.)**

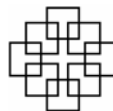
Die Hinweise auf der Rückseite/Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

III. Wird von der KZVK ausgefüllt

An die **Zusatzversorgungseinrichtung zu II.**



**ZUSATZVERSORGUNGSKASSE  
der Ev. - luth. Landeskirche Hannovers**

- Geschäftsstelle -

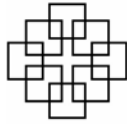
**Stichtag der Barwertberechnung:** \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_ Anlage/n.

Wir bitten um Überleitung der Versicherung.

Detmold, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## ZUSATZVERSORGUNGSKASSE der Ev. - luth. Landeskirche Hannovers

- Geschäftsstelle -

32721 Detmold Postfach 31 44  
32756 Detmold Doktorweg 2 - 4

Telefon: 05231 98103-20

### Hinweis für die/den Versicherte/n

Zwischen der Zusatzversorgungskasse der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers – Geschäftsstelle – (KZVK Hannover) und anderen Zusatzversorgungseinrichtungen (ZVE) des öffentlichen und kirchlichen Dienstes – mit Ausnahme der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) – bestehen Überleitungsabkommen. Darin ist vereinbart, dass auf Antrag der/des Versicherten ihre/seine früheren Versicherungszeiten auf die neue ZVE übertragen werden, wenn sie/er bei einer neuen ZVE pflichtversichert wird. Nach § 28 Abs. 1 der Versorgungsordnung (VO) ist die/der Versicherte verpflichtet, einen Überleitungsantrag zu stellen.

#### Zum Überleitungsantrag bitten wir, folgendes zu beachten:

1. Antragsberechtigt ist grundsätzlich die/der Versicherte. Nach ihrem/seinem Tode können die rentenberechtigten Hinterbliebenen den Antrag nachholen.
2. Ein Überleitungsantrag kann nur bis zu dem Zeitpunkt gestellt werden, in dem die/der Versicherte das 66. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte.
3. Der Überleitungsantrag ist bei der ZVE zu stellen, bei der die Pflichtversicherung besteht oder zuletzt bestanden hat.
4. Versicherungszeiten, für die die Beiträge bereits erstattet wurden oder aufgrund einer Rentenabfindung erloschen sind, können nicht übergeleitet werden. Die Wiedereinzahlung erstatteter Beiträge zum Zwecke der Überleitung ist nicht zulässig.
5. Zwischen der VBL und den anderen ZVE des öffentlichen und kirchlichen Dienstes wurde im Überleitungsabkommen lediglich die gegenseitige Anerkennung von Versicherungszeiten für die Wartezeit vereinbart. Bei Eintritt des Versorgungsfalles ist bei beiden ZVE ein Antrag auf Rentenleistung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
Zusatzversorgungskasse

---

#### Bankverbindungen:

Sparkasse Detmold  
BLZ: 476 501 30 Konto-Nr. 38240  
Postbank Hannover  
BLZ: 250 100 30 Konto-Nr. 25530-309

Norddeutsche Landesbank  
BLZ: 250 500 00 Konto-Nr. 101342079  
Ev. Kreditgenossenschaft e. G. Hannover  
BLZ: 250 607 01 Konto-Nr. 0615366