

Antrag auf Leistungen für Versicherte aus der Zusatzrente wegen

- Erreichen einer Altersgrenze Erwerbsminderung

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur Person

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n) - bitte den Rufnamen unterstreichen -						Steuer-Identifikationsnummer					
Straße, Hausnummer						Geburtsdatum					
Postleitzahl			Wohnort			Telefon (freiwillig)					

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt vom			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten		<input type="checkbox"/> Betreuer	
Bitte fügen Sie eine Vollmacht bzw. einen amtlichen Nachweis im Original oder als beglaubigte Abschrift bei.			
Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung			Telefon
Straße, Hausnummer ggf. Postfach		Postleitzahl	Ort
			Aktenzeichen

3. Bankverbindung

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

4. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer	
<input type="checkbox"/> privaten Kranken- / Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlichen Kranken- / Pflegeversicherung (z.B. AOK, Ersatzkasse, Bundesknappschaft usw.)	
Name und Anschrift der Krankenkasse	Versichertennummer (s. KV-Karte)
_____	_____
Liegt bei Ihnen Elterneigenschaft vor? (Haben oder hatten Sie Kinder?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kv-sachsen.de/datenschutz.

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

5. Angaben zum Anspruch auf gesetzliche Rente

Besteht Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund – Länder – Knappschaft)?

- ja Bitte fügen Sie Seite 1 und 2 des Bescheides mit den Anlagen „Berechnung der Rente“ und „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“ als Kopie bei.
- nein Bitte fügen Sie einen Nachweis der Deutschen Rentenversicherung bei, weshalb Sie dort keinen Rentenanspruch haben (z. B. Ablehnungsbescheid, Befreiung von der Versicherungspflicht).

6. Zusätzliche Angaben zur Feststellung des Rentenzahlungsbetrages

6.1 Waren Sie auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) des öffentlichen / kirchlichen Dienstes (z.B. VBL) versichert? ja nein

Name der Zusatzversorgungseinrichtung von - bis Aktenzeichen / Versicherungsnummer

6.2 Bezogen oder beziehen Sie Krankengeld für Zeiten nach dem Rentenbeginn von der Deutschen Rentenversicherung? ja nein

wenn ja: Bitte lassen Sie die Anlage 1 von Ihrer Krankenkasse ergänzen und fügen den ausgefüllten Vordruck diesem Antrag bei.

6.3 Steht der Rentenbezug im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde (z. B. Unfall)? ja nein

Name und Anschrift des Schädigers

Anschrift des Haftpflichtversicherers

Haftpflichtschaden-Nr.

Tag des Schadensereignisses / ermittelnde Polizeidienststelle

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

Bitte beachten Sie die Abtretungserklärung in Ziffer 8 und schildern Sie uns den Schadenshergang!

6.4 Haben Sie während der Versicherung bei unserer Kasse **Mutterschutzzeiten bis 31.12.2011** zurückgelegt, die **noch nicht beantragt** wurden? ja nein

wenn ja: Die Prüfung der Anerkennung erfolgt im Rahmen der Rentenentscheidung. Bitte fügen Sie die Anlage „Versicherungsverlauf“ des Bescheides der Deutschen Rentenversicherung oder andere geeignete Nachweise zu den Mutterschutzzeiten bis 31.12.2011 als Kopie bei.

7. ZusatzrentePlus

- Ich habe eine ZusatzrentePlus bei der ZVK und möchte diese ebenfalls ab dem Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nehmen:
- Ja, alle benötigten Angaben werde ich im Antrag auf Leistungen aus der ZusatzrentePlus ergänzen.
- Nein, ich möchte die Rentenleistung aus der ZusatzrentePlus später in Anspruch nehmen. Den Antrag auf Leistungen aus der ZusatzrentePlus reiche ich zum gewünschten Zeitpunkt ein.
- Nein, ich möchte im Falle der Erwerbsminderung keine Rente in Anspruch nehmen. Das gebildete Kapital wird in diesem Fall für meine spätere Alters- oder Hinterbliebenenrente verwendet.

Hinweis:

Die **Altersrente** aus der ZusatzrentePlus beginnt grundsätzlich zum Ersten des Monats, der auf den Antragseingang folgt, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem ein Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegt. Die **Erwerbsminderungsrente** beginnt zum gleichen Zeitpunkt, zu dem ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht.

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

8. 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,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die Zusatzversorgungskasse zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die Zusatzversorgungskasse **abtrete**,
- mit der Überweisung der Zusatzversicherungsrente an meinen Arbeitgeber in Höhe der als Vorschuss auf die Rente gezahlten Bezüge einverstanden bin,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der ZVK des KVS Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ich verpflichte mich, die ZVK unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn

- der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt,
- sich meine Rente von der Deutschen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst ändert,
- bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes eine erneute Zusatzrente (Pflichtversicherung) begründet wird,
- Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld 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, z. B. wenn eine Erwerbsminderungsrente in eine Altersrente umgewandelt wird,
- sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder der dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.

Hinweis: Solche Änderungen werden der ZVK von dritter Seite nicht automatisch mitgeteilt.

Ich verpflichte mich ferner, Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. Hiermit beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, überzahlte Beiträge der Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen.

Ort Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

9. Anlagen

- Kopie des Rentenbescheids (Seite 1 und 2) inkl. Anlagen „Berechnung der Rente“ und „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“
- Anlage 1 – Auskunft der gesetzlichen Krankenkasse über den Bezug von Krankengeld
- Antrag auf Leistungen für Versicherte aus der ZusatzrentePlus
- _____
- _____

Bitte senden Sie den Antrag auf Leistungen (inklusive Anlagen) an folgende Adresse:

**Zusatzversorgungskasse des
Kommunalen Versorgungsverbands Sachsen
Postfach 160 163
01287 Dresden**

Name, Vorname	Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer
---------------	---------------------	-----------------

Vom Arbeitgeber nur auszufüllen, wenn nahtloser Übergang vom Arbeitsverhältnis in eine Rente wegen Erwerbsminderung erfolgt!

10. Angaben zum Arbeitsverhältnis

10.1 Das der Zusatzrente zugrundeliegende Arbeitsverhältnis
<input type="checkbox"/> hat geendet am _____. <input type="checkbox"/> ruht aufgrund des Bezuges der EM-Rente ab _____. <input type="checkbox"/> besteht fort.
10.2 Die Abmeldung ist <input type="checkbox"/> beigefügt. <input type="checkbox"/> bereits übersandt. <input type="checkbox"/> am _____ über DATÜV-ZVE erfolgt / wird am _____ erfolgen. <p>Eine Abmeldung von der Zusatzrente zum Rentenbeginn ist auch dann erforderlich, wenn das Arbeitsverhältnis im Falle der Erwerbsminderung noch nicht geendet hat. In diesem Fall ist ein neuer Versicherungsabschnitt mit entsprechender Entgeltaufteilung zu melden.</p>
10.3 Der/die ausgeschiedene Arbeitnehmer/in hat Bezüge, die tarifrechtlich als Rentenvorschüsse gelten, <input type="checkbox"/> in der Zeit vom _____ (frühestens Rentenbeginn) bis _____ in Höhe von insgesamt _____ EURO erhalten, § 22 Abs. 4 S. 3 TVöD. <input type="checkbox"/> in einer Gesamthöhe von _____ EURO erhalten (keine zeitraumbezogene Abtretung). <p>Es wird gebeten, die für den gleichen Zeitraum zustehende monatliche Zusatzversorgungsrente in Höhe der betragsmäßig bezifferten Abtretung auf unser Konto IBAN _____, BIC _____ bei der _____ unter Angabe des Akten- / Buchungszeichens _____ zu überweisen.</p>

11. Sonstige Angaben

Ist der Rentenfall durch einen Arbeitsunfall / eine Berufskrankheit eingetreten, der / die im Zusammenhang mit dem der Zusatzrente zugrunde liegenden Arbeitsverhältnis steht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte den Bescheid der Berufsgenossenschaft beifügen!

12. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben – auch die des Antragstellers unter Ziffer 6.1 – richtig sind.	
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:	
Ansprechpartner	Telefon-Nr.
_____	_____
_____	_____
Ort, Datum, Unterschrift	Arbeitgeberanschrift / Dienstsiegel / Stempel

13. Anlagen des Arbeitgebers

<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

Auskunft der gesetzlichen Krankenkasse über den Bezug von Krankengeld (nur bei Rentenantrag wegen Erwerbsminderung!)

Bitte füllen Sie Teil I dieses Vordrucks aus, lassen Sie die Angaben unter Teil II von Ihrer Krankenkasse ergänzen und reichen Sie den ausgefüllten Vordruck **zusammen mit Ihrem „Antrag auf Leistungen für Versicherte“** bei unserer Kasse ein.

I. Von der Antragstellerin/Vom Antragsteller auszufüllen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds-Nr. ZVK	Versicherungs-Nr. ZVK
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rentenbeginn der gesetzlichen Rente: _____

II. Von der Krankenkasse auszufüllen:

Die/Der Versicherte hat über den Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung hinaus Krankengeld erhalten

- ja, volles Krankengeld ja, gekürztes Krankengeld
gem. § 50 Abs. 2 SGB V nein

Von	Bis	Kalendertägliches Bruttokrankengeld in Euro	
		voll	gekürzt (§ 50 Abs. 2 SGB V)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- (Falls vorhanden) Eine **Kopie der Abrechnung über den Krankengelderstattungsanspruch** gegenüber der Deutschen Rentenversicherung nach § 103 SGB X mit der Angabe des kalendertäglichen Bruttokrankengeldes ist beigelegt.

Bei Empfängern von Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung:

- (Falls vorhanden) Eine Kopie der Mitteilung über die Höhe des nach § 50 Abs. 2 SGB V gekürzten Bruttokrankengeldes ist beigelegt.
- voraussichtlich nächste Änderung ab: _____
- Es erfolgt eine Krankengeldzahlung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit, die nach dem Beginn der Rente von der Deutschen Rentenversicherung eingetreten ist.

Telefon-Nr. und Name des Sachbearbeiters (bitte stets angeben)

<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Stempel und Unterschrift
------------------------------------	--