

Antrag auf Leistungen für Versicherte aus der ZusatzrentePlus 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				

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

5. Rentenbeginn

5.1. Die **Altersrente** beginnt grundsätzlich zum Ersten des Monats, der auf den Antragseingang folgt.

Wenn Sie einen späteren Rentenbeginn wünschen, dann geben Sie bitte den gewünschten Zeitpunkt für den Rentenbeginn an:

Ich möchte den Beginn der Rente auf den

0	1	.		.	2	0	
---	---	---	--	---	---	---	--

 hinausschieben.

Hinweise:

Die Altersrente beginnt bei Vorliegen der Voraussetzungen frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ein Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. Für Versicherte, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, beginnt die Rente an dem Tag, der bei unterstellter Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung als Rentenbeginn festzusetzen wäre.

Bitte fügen Sie die Seiten 1 und 2 des Bescheides der Deutschen Rentenversicherung mit der Anlage „Berechnung der Rente“ bzw. den Ablehnungsbescheid als Kopie bei.

Im Falle einer Inanspruchnahme vor dem 65. Lebensjahr reduziert sich die Leistung für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme um 0,5 %. Im Falle der Inanspruchnahme nach dem 65. Lebensjahr erhöht sich die monatliche Leistung um 0,5 % für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme.

5.2. Die **Erwerbsminderungsrente** wird ab dem Zeitpunkt gezahlt, an dem die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beginnt. Wird eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht gezahlt, besteht der Anspruch frühestens ab dem Ersten des Monats, der dem Antragseingang bei der Kasse folgt. Die ZusatzrentePlus endet zu diesem Zeitpunkt.

Besteht ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja Fügen Sie in diesem Fall bitte den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung mit der Anlage „Berechnung der Rente“ als Kopie bei.

Nein In diesem Fall ist die Erwerbsminderung durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen.

6. Hinterbliebenenschutz

Ich verzichte auf eine weitere Absicherung meiner Hinterbliebenen ab Rentenbeginn. Im Todesfall werden keine Leistungen an Witwen/Witwer, Waisen, eingetragene Lebenspartnerinnen/-partner, Lebensgefährtinnen/-gefährten gezahlt. Meine beantragte Rente erhöht sich dafür prozentual. Diese Entscheidung ist unwiderruflich.

7. Auszahlung der Rente

- Ich beantrage eine lebenslange monatliche Rentenzahlung.
- Ich beantrage eine teilweise Kapitalauszahlung zu Beginn der Auszahlungsphase in Höhe von _____ % (max. 30 %) des gebildeten Kapitals. Meine monatliche Rentenleistung wird dann entsprechend gekürzt.
- Ich beantrage eine vollständige Kapitalauszahlung. Im Fall der Altersrente muss der Antrag auf Kapitalauszahlung 6 – 12 Monate vor dem Rentenbeginn (Ziffer 5.1) gestellt worden sein.

Hinweis:

Wurde die ZusatzrentePlus staatlich gefördert (durch Zulagen und Sonderausgabenabzug), wird bei einer vollständigen Auszahlung das Kapital um die staatlich gewährten Leistungen vermindert, da es sich hierbei um eine schädliche Verwendung handelt und die Förderung zurückzahlen ist. Beruht das gebildete Kapital auf steuerfreien Beiträgen (beispielsweise durch eine Entgeltumwandlung), unterliegt das Kapital der vollen Versteuerung im Jahr der Auszahlung. Die steuerliche Belastung kann unter Umständen einen Großteil der Kapitalauszahlung zunichte machen.

Bei einer teilweisen oder vollständigen Kapitalauszahlung werden von der Kasse 10 % des auszuzahlenden Kapitals zur Sicherung des biometrischen Risikoausgleichs einbehalten.

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

8. Sonstige Angaben

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 9 und schildern Sie uns den Schadenshergang!

9. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- bei 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**,
- 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 oder wenn sich meine Anschrift ändert bzw. 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

10. Anlagen

Kopie des Rentenbescheides (Seite 1 und 2) inkl. Anlage „Berechnung der Rente“
(Sofern nicht bereits mit dem Antrag auf Leistungen aus der Zusatzrente eingereicht)

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

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