



Kommunaler Versorgungsverband
 Brandenburg
 Zusatzversorgungskasse
 Postfach 12 09
 16771 Gransee

	Versicherungs-Nr. KVBbg PZ	

Bearbeitungsvermerke - werden von dem KVBbg ausgefüllt -
Eingangsstempel
Eingang bestätigt am:
In Antragsdatei erfasst:

Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

- wegen Erwerbsminderung
- wegen Erreichens einer Altersgrenze
- wegen Inanspruchnahme der freiwilligen ZVK-Zusatzrente

▶ Den Antrag bitte mit Schreibmaschine oder mit schwarzem Stift in Druckschrift ausfüllen ◀

TEIL A: Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

1.	Angaben zur Person der/des Versicherten	
	Name	Geburtsname
	Vorname(n)	Geburtsdatum
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
	Telefon für evtl. Rückfragen (Vorwahl/Rufnummer)	

2.	Antragstellung durch andere Personen	
	Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt vom	
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten	▶ Bitte Vollmacht beifügen
	<input type="checkbox"/> Betreuer	▶ Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen
	Name, Vorname bzw. Bezeichnung der Behörde	
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
	Aktenzeichen	
	Telefon für evtl. Rückfragen (Vorwahl/Rufnummer)	

3. Angaben zur Überweisung der Rente

► Renten können nur durch Überweisung auf ein Girokonto (**kein Sparbuch**) gezahlt werden.

Kontoinhaber (falls nicht Versicherter)	Konto-Nummer	Bankleitzahl
---	--------------	--------------

Name und Anschrift des Geldinstituts

Als vorgenannter Kontoinhaber beauftrage ich das jeweilige Konto führende Institut, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, Beträge, die von dem KVBbg überwiesen werden, mir aber infolge meines Ablebens nicht mehr zustehen, an die Kasse zurückzuüberweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist, und diesbezüglich Auskünfte zu erteilen.

Unterschrift Kontoinhaber

4. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung / anderweitigen Zukunftssicherung

Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. BfA, LVA oder Knappschaft) oder haben Sie eine solche beantragt?

nein

ja

Wenn ja: ► Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheides mit allen Anlagen bei.

Bitte beachten:

Ohne Rentenbescheid kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

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?

nein

ja

Für die Zeit vom - bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer/Aktenzeichen

Wurde ein Antrag auf Überleitung für die vorgenannten Zeiten gestellt?

nein

ja

Wurden die Beiträge für die vorgenannten Zeiten erstattet?

nein

ja

5.20 Steht die Beantragung der Betriebsrente im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde?

nein

ja

Wenn ja: Zeitpunkt der Schädigung

Datum

5.30 Erhalten oder erhielten Sie von Ihrer Krankenkasse für Zeiten nach dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Krankengeld?

nein

ja

Wenn ja:

vom - bis

► Bitte fügen Sie die Abrechnung der Krankenkasse mit dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger bei.

Erhalten Sie auch weiter Krankengeld?

nein

ja

► Bitte fügen Sie eine Bescheinigung der Krankenkasse über Dauer und Höhe bei.

6. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

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 den Rentenberechtigten zuständige Krankenkasse zu ermitteln. Hierzu bitten wir Sie, die **Anlage K** auszufüllen, von Ihrer Krankenkasse bestätigen zu lassen und dem Antrag beizufügen.

7. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der Befriedigung des evtl. Ersatzanspruches meines Arbeitgebers - vgl. Teil B Ziffer 2.20 des Antrages - einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an den KVBbg zurückzuzahlen sind.

Ich beauftrage das jeweilige Konto führende Institut, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, Beträge, die von dem KVBbg überwiesen werden, mir aber infolge meines Ablebens nicht mehr zustehen, an die Kasse zurückzüberweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist, und diesbezügliche Auskünfte zu erteilen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die nachfolgend aufgeführten Anzeigepflichten nach der Satzung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zu beachten.

Anzeigepflichten:

Versicherte und Betriebsrentenberechtigte sind 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 Wegfall 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,
- der Wechsel von Vollrente in Teilrente und umgekehrt.
- der Bezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangskrankengeld, Unterhaltsgeld und Verletztengeld,
- die Änderung der Höhe der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienstes,
- bei Leistungen aus der freiwilligen Versicherung unter Inanspruchnahme der staatlichen Förderung nach §§ 10a, 79 ff. EStG (Riester-Rente) der Wegfall der unbeschränkten Steuerpflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Anlagen

Rentenbescheid(e) liegt bei

Anlage K
(bezüglich Kranken- und Pflegeversicherung) liegt bei

Weitere Anlagen

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

1.	Angaben zum Ende der Versicherungspflicht und zum Zusatzversorgungspflichtigen Entgelt		
1.10	Das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis wurde/wird	Datum	
	<input type="checkbox"/> zum beendet		
		Grund	
	<input type="checkbox"/> nicht beendet, weil		
1.20	Aus diesem Arbeitsverhältnis haben zugestanden/steht zu	Datum	
	<input type="checkbox"/> laufendes Zusatzversorgungspflichtiges Entgelt bis		
	▶ Eine Abmeldung von der Pflichtversicherung ist erforderlich, auch wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht geendet hat.		
	Überzahlte Bezüge, die als Vorschüsse auf die gesetzliche Rente gelten (z.B. § 37 Abs. 7 BAT, § 71 Abs. 2 BAT, § 34 Abs. 4 BMT-G II), sind nicht Zusatzversorgungspflichtig (siehe auch nachfolgend Ziffer 2.20).		
1.30	Der/die Versicherte hat aus dem Arbeitsverhältnis Arbeitsentgelt, Urlaubsvergütung bzw. Krankenbezüge (Entgeltfortzahlung) erhalten bis einschließlich	Datum	
	Über den Rentenbeginn hinaus bestand Anspruch auf Krankengeldzuschuss bis einschließlich	Datum	
	weshalb der ZVK fiktiver Urlaubslohn bzw. Vergütung gemeldet wurde.		
1.40	Der Meldevordruck (Abmeldung)	Datum	
	<input type="checkbox"/> ist beigefügt	<input type="checkbox"/> ist bereits übersandt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis
		Datum	Datum
	<input type="checkbox"/> ist über DATÜV erfolgt am		<input type="checkbox"/> wird über DATÜV erfolgen am
		Datum	Datum
	▶ Ohne Meldevordruck kann der Antrag nicht bearbeitet werden.		

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 der Satzung nicht erfüllt ist.		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja:	Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	Aktenzeichen
	▶ Zur Überprüfung des Rentenanspruches ist die Vorlage des Bescheides des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlich.		
2.20	Wird Ersatzanspruch wegen überzahlter Bezüge, die als Vorschuss auf die gesetzliche Rente gelten, auf die Betriebsrente geltend gemacht?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja:	Für die Zeit vom - bis	EUR insgesamt
	Zu überweisen unter Angabe des Aktenzeichens	Konto-Nummer	Bankleitzahl
	Geldinstitut		
2.30	War mit der/dem Versicherten eine Altersteilzeit vereinbart worden?	Für die Zeit vom - bis	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja:		

Bitte achten Sie darauf, dass alle Fragen in Teil A und B des Antrages vollständig und genau beantwortet, beide Teile des Antrages unterschrieben, der gesetzliche Rentenbescheid mit allen Anlagen und die Anlage K dem Antrag beigefügt sind.

Auskunft erteilt:	Mitglieds-Nr.:
_____	_____
Telefon (Vorwahl/Ruf/Nbst., ggf. Durchwahl):	

Ort, Datum, Unterschrift:	
_____	Dienstsiegel/Stempel

Anlagen