

# // ANTRAG AUF PlusPunktRente,

– Tarife 2010, 2010-U und 2017 –

Altersrente

Altersrente mit Einschluss der Hinterbliebenenversorgung

Wir zahlen die Altersrente ab dem beantragten Zeitpunkt, frühestens ab dem Ersten des Monats, der dem Antragseingang bei den kvw folgt. Gewünschter Rentenbeginn: \_\_\_\_\_

Rente wegen Erwerbsminderung

Rente wegen Erwerbsminderung  
mit Einschluss der Hinterbliebenenversorgung

Wir zahlen die Rente wegen Erwerbsminderung ab dem Zeitpunkt, an dem die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beginnt. Bitte fügen Sie den Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung bei.

Bitte **NUR KOPIEN** beifügen.  
Unterlagen **NICHT KLAMMERN** oder **HEFTEN**.

Vertragsnummer

## A Angaben zur Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname (frühere Namen) \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer \_\_\_\_\_  
(zu finden auf z.B. letztem Steuerbescheid oder Lohnsteuerkarte)

## B Angaben zur Überweisung der Rente

IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank.  
Eine monatliche Überweisung auf ein Konto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist nicht möglich.

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Name und Sitz des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

### **C Kranken- und Pflegeversicherung**

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, von den Renten Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen.

Wir benötigen deshalb diese Angaben zu Ihrer Krankenkasse:

1. Ich bin Mitglied

bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung.

(zum Beispiel AOK, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Knappschaft)

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

bei einer privaten oder ausländischen Kranken-/Pflegeversicherung.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

2. Liegt Elterneigenschaft vor?

ja    nein

Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

### **D Versorgungsausgleich bei Ehescheidung**

Sind Sie geschieden worden?

ja    nein

wenn ja:

Beschluss des Amtsgerichts vom \_\_\_\_\_

Geschäftsnummer des Amtsgerichts \_\_\_\_\_

## E Mitteilung Bezugsberechtigter

Bitte nur ausfüllen, wenn die Hinterbliebenenversorgung für die nichteheliche Lebensgefährtin/den nichtehelichen Lebensgefährten eingeschlossen werden soll.

### Angaben zur mitversicherten Person (nichteheliche Lebensgefährtin/nichtehelicher Lebensgefährte)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Sofern der Arbeitgeber die allgemeinen Kriterien für die steuerliche Anerkennung als Betriebsausgaben beachtet, werden auch Aufwendungen für Versorgungszusagen an Beschäftigte, die eine Hinterbliebenenversorgung für gleich- oder andersgeschlechtliche nichteheliche Lebensgefährtinnen und Lebensgefährten vorsehen, steuerlich anerkannt.

Dies setzt folgendes voraus:

- // Die nichteheliche Lebensgemeinschaft ist auf Dauer angelegt.
- // Die nichteheliche Lebensgefährtin/der nichteheliche Lebensgefährte muss namentlich benannt werden (einschließlich Geburtsdatum und Anschrift).
- // Die/Der Beschäftigte und die nichteheliche Lebensgefährtin/der nichteheliche Lebensgefährte müssen eine gemeinsame Haushaltsführung haben.
- // Die nichteheliche Lebensgefährtin/der nichteheliche Lebensgefährte muss ihre/seine Kenntnis über die in Aussicht gestellte Hinterbliebenenversorgung schriftlich bestätigen.

Sollte es zur Auflösung der nichtehelichen Lebensgemeinschaft kommen, ist dies dem Arbeitgeber und dem Versorgungsträger schriftlich anzuzeigen, da die ehemalige nichteheliche Lebensgefährtin/der ehemalige nichteheliche Lebensgefährte dann nicht mehr dem Kreis der nach den oben angegebenen Kriterien anspruchsberechtigten Hinterbliebenen zugeordnet werden kann

Das Vorstehende gilt nicht für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes. In diesen Fällen liegt bereits eine mit der zivilrechtlichen Ehe vergleichbare Partnerschaft vor.

### Bestätigung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich als mitversicherte Person, dass ich von der Einbeziehung in die Hinterbliebenenversorgung Kenntnis genommen habe. Unsere nichteheliche Lebensgemeinschaft ist auf Dauer angelegt. Wir haben eine gemeinsame Haushaltsführung. Eine Änderung dieser Umstände wird die/der versicherte Beschäftigte der kww-Zusatzversorgung unverzüglich anzeigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift mitversicherte Person  
(nichteheliche Lebensgefährtin/nichtehelicher Lebensgefährte)

## F Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- // Alle Daten richtig und vollständig angegeben habe.
- // im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.
- // das jeweils kontoführende Institut beauftrage, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Bei Rentenzahlungen entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut – auch mit Wirkung für meine Erben – gegenüber der kvw- Zusatzversorgung insoweit vom Bankgeheimnis, als dies für die Korrespondenz dieses Geldinstituts zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.
- // Überzahlungen, die durch Verletzung der Anzeigepflichten entstehen, sowie Leistungen, auf die ich keinen Anspruch habe, der kvw-Zusatzversorgung umgehend erstatte.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die folgenden **Anzeigepflichten** zu beachten und die kvw-Zusatzversorgung zu informieren, bei

- // Änderungen der Anschrift und der Bankverbindung
- // Änderung der zuständigen Krankenkasse

### **Hinweis zum Datenschutz:**

Ihre personenbezogenen Daten in diesem Antrag werden für die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Berechnung Ihrer PlusPunktRente benötigt und von der kvw-Zusatzversorgung für diesen Zweck unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes verarbeitet und genutzt. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten nur dann verwendet, wenn die kvw-Zusatzversorgung aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Übermittlung verpflichtet ist (z.B. Finanzamt, Krankenkasse).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:

**Haben Sie Fragen?**

Tel. (0251) 591-4455  
rente@kvw-muenster.de

kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf PlusPunktRente wegen Alters beziehungsweise wegen Erwerbsminderung

für \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_ mit der Bitte um Bearbeitung.  
Versicherungsnummer

**Checkliste:**

Bei Rente wegen Erwerbsminderung:

**Kopie** des vollständigen Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung mit allen Seiten und Anlagen beifügen

// Sofern der Antrag für die Betriebsrente bereits vorliegt, benötigen wir keine zusätzliche Kopie.