



### C Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

1. Beziehen Sie eine Rente von der gesetzlichen Rentenversicherung? ja     nein

wenn ja:

Fügen Sie bitte eine Kopie des **vollständigen** Rentenbescheides mit allen Seiten und Anlagen bei. Ohne den Rentenbescheid kann der Antrag nicht bearbeitet werden!

wenn nein:

a. Bitte weisen Sie uns nach, dass Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Anspruch auf Rente haben (z.B. durch den Befreiungsbescheid zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung).

- b. Sind Sie schwerbehindert? ja     nein

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises bei.

2. Beziehen Sie nach Rentenbeginn Arbeitseinkünfte oder Erwerb ersatz Einkommen? ja     nein

wenn ja:

Fügen Sie bitte auch Lohn-/Gehaltsbescheinigungen des Arbeitgebers beziehungsweise Ihren Steuerbescheid in Kopie bei!

Name des Arbeitgebers	monatliche Bruttoeinkünfte €	ab (Datum)
-----------------------	---------------------------------	------------

### D Sonstige Angaben

1. Bestand oder besteht für Sie auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen oder kirchlichen Dienstes eine Versicherung, die noch nicht auf die kvw-Zusatzversorgung übergeleitet worden ist oder haben Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich erworben? ja     nein

wenn ja:

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum von                      bis
---------------------------------------	---------------------	--

Reichen Sie bitte den Antrag auf Überleitung beziehungsweise gegenseitige Anerkennung ein.

2. Beziehen Sie bereits eine Rente von der kvw-Zusatzversorgung oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung, oder haben Sie eine solche Leistung beantragt? ja     nein

wenn ja:

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Rentenbeginn
---------------------------------------	---------------------	--------------

3. Ist Ihre Erwerbsminderung auf Drittverschulden zurückzuführen? ja     nein

wenn ja:

Geben Sie bitte Name und Anschrift des Schädigers und dessen Haftpflichtversicherung sowie Anschrift und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft an und füllen Sie die Anlage „Abtretungserklärung“ aus. Diesen finden Sie im Download Bereich auf unserer Homepage:  
[www.kvw-muenster.de>anspruchsberechtigte>betriebsrente>download](http://www.kvw-muenster.de>anspruchsberechtigte>betriebsrente>download)

### E Kranken- und Pflegeversicherung

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, von der Betriebsrente 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. Bitte lassen Sie die Anlage „Bescheinigung über Krankengeld“ von Ihrer Krankenkasse ausfüllen und fügen Sie diese in Kopie bei!

Die Bescheinigung ist auch beizufügen, wenn Ihre Krankenkasse bereits mit dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger abgerechnet hat.

3. Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder? ja nein

4. Waren Sie während Ihrer Mutterschutzzeiten in der Zusatzversorgung pflichtversichert und beantragen Sie die Berücksichtigung dieser Zeiten? ja nein

Hinweis: Wenn Sie keinen Anspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, fügen Sie bitte Nachweise in Kopie bei, zum Beispiel Bescheinigung über Mutterschaftsgeld oder Geburtsurkunde des Kindes.

### F Versorgungsausgleich bei Ehescheidung

Sind Sie geschieden worden? ja nein

wenn ja:

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

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

### G Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG (Pensionsfonds, Pensionskasse, Direktversicherung)

Wurde eine Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG vereinbart? ja nein

## H Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- // alles richtig und vollständig angegeben habe.
- // die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.
- // mit der Überweisung meiner Rente an den Arbeitgeber (Abtretungserklärung) in Höhe seines Ersatzanspruches wegen der Gewährung vorschussweise gezahlter Krankengeldzuschüsse einverstanden bin.
- // meine Ansprüche gegen den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an die kvw-Zusatzversorgung abtrete, soweit sich künftig mein Betriebsrentenanspruch wegen Änderung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung im Anschluss an die Rente wegen voller Erwerbsminderung) in der Höhe mindert und ich zu viel Betriebsrente erhalten 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
- // Beendigung der Zahlung oder Umwandlung der Rentenart der gesetzlichen Rente
- // Änderung der zuständigen Krankenkasse
- // Wegfall oder Änderung der Erwerbsminderung
- // Änderung des Anteils der Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienstes
- // Bezug von Krankengeld  
und, wenn keine Rente aus der gesetzlichen Rente bezogen wird, zudem
- // Änderung oder erstmaliger Bezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Versorgungskrankengeld, Übergangskrankengeld und Verletztengeld.

### Hinweis zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.  
Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Teil II – vom Arbeitgeber auszufüllen,**

sofern das zusatzversorgungspflichtige Arbeitsverhältnis bis zum Rentenbeginn bestanden hat.

**A Die Abmeldung aus der Pflichtversicherung**

Ist bereits erfolgt. Wird am (Datum) über DATÜV erfolgen: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsverhältnis besteht weiter ja nein

Versicherungsabschnitt		Buchungsschlüssel			Zusatzversorgungspflichtiges Entgelt in Euro und Cent	
Beginn	Ende	Einzahler	VM	Steuermerkmal		

Bescheinigen Sie bitte grundsätzlich das zusatzversorgungspflichtige Entgelt bis zum Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung - auch dann, wenn die EU nur auf Zeit bewilligt wurde und das Arbeitsverhältnis und die Pflichtversicherung fortbestehen.

**Ohne die Jahresmeldung/Abmeldung aus der Pflichtversicherung kann der Betriebsrentenantrag nicht zeitnah bearbeitet werden.**

**B Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG (Pensionsfonds, Pensionskasse, Direktversicherung)**

Wurde eine Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG vereinbart? ja nein  
 Es sind **alle Entgeltumwandlungen** zu bescheinigen, die die Steuerfreiheit der Umlage beeinflussen.

Wenn ja

Betrag monatlich \_\_\_\_\_ Euro

Seit dem \_\_\_\_\_ (gegebenenfalls beendet am) \_\_\_\_\_

**C Wurde eine Teilzeitarbeit nach dem Altersteilgesetz vereinbart?** ja nein

wenn ja:

Datum der Vereinbarung \_\_\_\_\_

**D Wird ein Ersatzanspruch auf die Betriebsrente wegen vorschussweise gezahlter Krankengeldzuschüsse geltend gemacht?** ja nein

wenn ja:

In Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Der Versicherte wurde hierüber informiert.

Wird Ersatzanspruch aus sonstigen Gründen erhoben, ist eine Abtretungserklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers mit Betragsangabe erforderlich.

\_\_\_\_\_  
 Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers Telefonnummer für Rückfragen

## **Hinweise zum Antrag auf Betriebsrente für Versicherte**

### **// Zur Betriebsrente**

Anspruch auf Betriebsrente/PlusPunktRente für Versicherte besteht, wenn der Versicherungsfall (Erwerbsminderung) eingetreten und bis zum Rentenbeginn die Wartezeit von 60 Umlage-/Beitragsmonaten in der Pflichtversicherung erfüllt ist. Bei der PlusPunktRente gibt es keine Mindestversicherungszeit (Wartezeit). Die Wartezeit gilt auch als erfüllt, wenn der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall eingetreten ist, der im Zusammenhang mit dem die Pflicht zur Versicherung begründenden Arbeitsverhältnis steht.

Der Versicherungsfall tritt bei einem Versicherten, der in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, grundsätzlich am Ersten des Monats ein, von dem an der Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. Die Betriebsrente beginnt grundsätzlich mit dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Betriebsrente wird zusätzlich zur gesetzlichen Rente gezahlt und unabhängig von dieser jeweils zum 1. Juli eines jeden Jahres um 1 Prozent erhöht.

### **// Versicherte, die keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten**

(zu Teil I Buchstabe C)

Für Beschäftigte, die in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert sind oder die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllen, besteht nur unter besonderen Voraussetzungen Anspruch auf eine Betriebsrente. Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen wird auf die Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung abgestellt. Der Versicherungsfall der Erwerbsminderung tritt nur ein, wenn die/der Versicherte in den letzten 60 Kalendermonaten vor Eintritt der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung mindestens 36 Umlage- oder Beitragsmonate in der Pflichtversicherung zurückgelegt hat. Die teilweise oder volle Erwerbsminderung ist durch einen Facharzt nachzuweisen. Das fachärztliche Gutachten sollte unbedingt Angaben darüber enthalten, ob eine volle oder teilweise Erwerbsminderung im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegt, ab welchem Zeitpunkt Sie erwerbsgemindert sind und ob es sich um eine dauernde oder nur vorübergehende Erwerbsminderung handelt. Die Kosten des Gutachtens können von der kvw-Zusatzversorgung nicht übernommen werden.

### **// Für Arbeitgeber: Meldeverfahren bei Abmeldung wegen Rentenbezugs**

Um eine Betriebsrente festsetzen zu können, benötigen wir bei Beschäftigten, die noch pflichtversichert sind, stets eine Abmeldung durch den Arbeitgeber. Soweit die Abmeldungen durch Sie im Wege des Datenträgeraustauschs erstellt werden, kann es zu technisch bedingten zeitlichen Verzögerungen kommen. Wir empfehlen daher, uns in diesen Fällen eine Kopie des Ausdrucks, den das Rechenzentrum für den Arbeitgeber erstellt (Datenblatt), oder eine manuelle Abmeldung dem Rentenanspruch beizulegen. Die Betriebsrente beginnt generell mit dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Aus diesem Grund benötigen wir eine Meldung mit dem bis zum Rentenbeginn erzielten zusatzversorgungspflichtigen Entgelt. Dies gilt auch dann, wenn die Erwerbsminderungsrente nur auf Zeit bewilligt wurde und das Beschäftigungsverhältnis fortbesteht.

Bitte übersenden Sie uns immer eine Abmeldung mit einem zum Rentenbeginn abgegrenzten Versicherungsabschnitt. Sofern das Arbeitsverhältnis fortbesteht, geben Sie den Abmeldegrund „04“ oder „06“ an.

### **Haben Sie Fragen?**

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



Name, Vorname des/der Antragstellers/in	kvw-Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl, Wohnort	<b>Mitgliedsnummer der Krankenkasse</b>

## // BESCHEINIGUNG ÜBER KRANKENGELD

Wir bitten Sie uns den Zeitraum Ihrer Krankengeldzahlung sowie die Höhe des kalendertäglichen Brutto-Krankengeldes ab Rentenbeginn mitzuteilen.

Der/die Obengenannte hat vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankengeld erhalten.

Das Krankengeld betrug brutto:

ab \_\_\_\_\_ kalendertäglich \_\_\_\_\_ €

ab \_\_\_\_\_ kalendertäglich \_\_\_\_\_ €

ab \_\_\_\_\_ kalendertäglich \_\_\_\_\_ €

Ein Betrag von \_\_\_\_\_ Euro,

ab \_\_\_\_\_ täglich \_\_\_\_\_ €

ab \_\_\_\_\_ täglich \_\_\_\_\_ €

konnte aufgrund § 50 Abs. 1 und 2 SGB I nicht zurückgefordert bzw. gekürzt werden, da insoweit die gesetzliche Rente überschritten wurde.

### Hinweis:

Gem. § 39 Abs. 5 der Satzung der kvw-Zusatzversorgung ruht die Betriebsrente ferner in der Höhe des Betrages des für die Zeit nach dem Beginn der Betriebsrente gezahlten Krankengeldes aus der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit diese nicht nach § 96a Abs. 3 SGB VI auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderungsrente anzurechnen oder bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder einer Rente wegen Alters als Vollrente dem Träger der Krankenversicherung zu erstatten ist.

Name des/der Sachbearbeiter/in	Telefonnummer	Unterschrift
Postleitzahl, Ort, Datum		

*Bitte senden Sie den Antrag zurück an:*

kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf Erwerbsminderungsrente für Versicherte

für \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname

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

**Checkliste:**

Kopie des vollständigen Rentenbescheides der gesetzlichen Rentenversicherung mit allen Seiten und Anlagen

// siehe Teil I, C 1.

// nicht für in einem berufsständischen Versorgungswerk Versicherte

gegebenenfalls Kopie des Schwerbehindertenausweises

// siehe Teil I, C 1.

Anlage „Bescheinigung über Krankengeld“

// siehe Teil I, E 2.

gegebenenfalls Nachweis von Mutterschutzzeiten

// siehe Teil I, E 4.