Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Zusatzversorgung
Postfach 4629
48026 Münster

Antrag auf Betriebsrente wegen Erwerbsminderung für beitragsfrei Versicherte

Bitte nur Kopien beifügen. Unterlagen nicht klammern oder heften.

Versicherungsnummer _____

Vertragsnummer PlusPunktRente Tarif 2002-M (falls vorhanden) _____

Dieser Vordruck gilt auch für die PlusPunktRente des Tarifs 2002-M. PlusPunktRenten aus den Tarifen 2010/2010-U und 2017 beantragen Sie bitte mit unserem gesonderten Vordruck.

A Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Geburtsname (frühere Namen) _____

Geburtsort _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sozialversicherungsnummer (12-stellig) _____

Steuer-Identifikationsnummer (nicht die Steuernummer) _____

B Angaben zur Überweisung der Rente

Eine monatliche Überweisung auf ein Konto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist nicht möglich.

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____ Kontoinhaber:in _____

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:

Bitte nutzen Sie anstelle dieses Vordrucks den **"Antrag auf Betriebsrente wegen Erwerbsminderung für Versicherte ohne gesetzliche Rentenversicherung"**, den Sie auf unserer Webseite finden.

2. Beziehen Sie nach Rentenbeginn Arbeitseinkünfte oder Erwerbsersatzeinkommen?

☐ 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. Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z.B. kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse, Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) versichert oder haben Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich erworben?

☐ ja ☐ nein

wenn ja:

☐ Ich habe bereits die Überleitung / Anerkennung bei den kvw beantragt.

☐ Hiermit beantrage ich die Überleitung /Anerkennung folgender Zeiten:

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)

von	bis	Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer

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: https://www.kvw-muenster.de/de/betriebsrente/service/antraege-und-formulare/

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 Kranken-/Pflegeversicherung.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

2. Bitte lassen Sie die Anlage „Bescheinigung über Krankengeld“ von Ihrer Krankenkasse ausfüllen und fügen Sie diese bei! Die Bescheinigung ist auch beizufügen, wenn Ihre Krankenkasse bereits mit dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger abgerechnet hat.

3. Soweit Sie bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung pflichtversichert sind, liegt Elternschaft vor? Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Kinder haben das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet? _____ Kinder
Bitte fügen Sie dem Antrag Nachweise bei (z.B. Geburtsurkunde o.Ä.)

F Versorgungsausgleich bei Ehescheidung

Sind Sie geschieden worden? (Wenn ja: Bitte Kopie des Scheidungsurteils beifügen)

☐ ja ☐ nein

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? (Es sind alle Entgeltumwandlungen zu bescheinigen, die die Steuerfreiheit der Umlage beeinflussen.)

☐ ja ☐ nein

wenn ja:

Betrag monatlich	seit dem (Datum)	ggf. beendet am (Datum)
_____	_____	_____

Erklärungen der:des Antragstellerin:Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- alles richtig und vollständig angegeben habe.
- die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.
- das jeweils kontoführende Institut beauftrage, mit Wirkung auch meinen Erb:innen 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 Erb:innen – 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.

Hinweise 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.

Datum, Unterschrift

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 einer:einem Versicherten, die: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.

Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-4455 rente@kvw-muenster.de

Bescheinigung über Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung

A Persönliche Daten

Versicherungsnummer _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Mitgliedsnummer der Krankenkasse _____

Wir bitten Sie uns den Zeitraum der Krankengeldzahlung sowie die Höhe des kalendertäglichen Brutto-Krankengeldes mitzuteilen (auch über den Rentenbeginn/Erstattungsanspruch hinaus).

Der / die Obengenannte hat vom _____ bis _____ Krankengeld erhalten.

Beginn der AU war der _____; mögliche Unterbrechungen _____

Das Krankengeld betrug brutto:

ab _____ kalendertäglich _____ €

ab _____ kalendertäglich _____ €

ab _____ kalendertäglich _____ €

Ein Betrag von _____ €, ab _____ täglich _____ €,

ab _____ täglich _____ € konnte aufgrund § 50 Abs. 1 und 2 SGB V 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

Hinweise zum Datenschutz
Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutz-rechtlich 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.

Telefonnummer für Rückfragen _____ E-Mailadresse für Rückfragen _____

Name der:des Sachbearbeiterin:Sachbearbeiters _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Zusatzversorgung
Postfach 4629
48026 Münster

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den vollständigen Antrag auf Betriebsrente wegen Erwerbsminderung für

Name, Vorname

_____

Versicherungsnummer der kvw

_____

mit der Bitte um Bearbeitung.

Checkliste:

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

- siehe C 1.

Anlage „Bescheinigung über Krankengeld“

- siehe E 2.

Anlage „Geburtsurkunden“

- siehe E 3.