

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

## Antrag auf Betriebsrente für Versicherte aufgrund eines durchgeführten Versorgungsausgleichs

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 als Vollrente von der gesetzlichen Rentenversicherung oder werden Sie diese beantragen? (Eine Teilrente löst keinen Betriebsrentenanspruch aus).

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! Bitte beachten Sie: Auch wenn ein Anspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausschließlich aufgrund des Versorgungsausgleichs besteht, ist der Bescheid der gesetzlichen Rentenversicherung maßgeblich.

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 ersatzeinkommen?

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

Name, Vorname

Versicherungsnummer

---

---

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. Diese Frage beantworten Sie nur, wenn Sie erwerbsgemindert sind:

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. Haben Sie nach dem Beginn Ihrer gesetzlichen Rente beziehungsweise nach Rechtskraft des Beschlusses zum Versorgungsausgleich Krankengeld von Ihrer Krankenkasse erhalten?

ja  nein

wenn ja:

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. Liegt Elternschaft vor? Haben/Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?

ja  nein

#### F Rentenauszahlung / Teilkapitalisierung Ihrer PlusPunktRente im Tarif 2002

Für die Auszahlung meiner PlusPunktRente im Tarif 2002 beantrage ich folgende Variante:

Variante 1 (bitte ankreuzen, falls gewünscht)

Ich wünsche die teilweise Auszahlung in Höhe von \_\_\_\_\_ % (max. 30 %) des vorhandenen Kapitals sowie die Verrentung des Restkapitals.

Variante 2 (bitte ankreuzen, falls gewünscht)

Ich verzichte auf die Kapitalisierung und wünsche die vollständige Verrentung des vorhandenen Kapitals.

Sie möchten sich das zur Verfügung stehende Kapital vollständig auszahlen lassen (Vollkapitalisierung)? Dafür gilt Folgendes:

Eine Vollkapitalisierung muss spätestens sechs Monate vor Rentenbeginn, abhängig vom Beginn Ihrer gesetzlichen Rente, beantragt werden. Der Antrag auf Vollkapitalisierung muss daher fristgerecht und in Textform unabhängig von diesem Rentenantrag gestellt werden. In diesem Fall entfällt eine laufende Rentenleistung.

#### **Vollkapitalisierung bei PlusPunktRente mit „Riester-Förderung“**

Bei einer PlusPunktRente mit „Riester-Förderung“ ist eine Vollkapitalisierung zwar grundsätzlich möglich, aber **„förderschädlich“** – Sie müssen in diesem Fall alle erhaltenen Zulagen sowie die steuerlichen Vorteile **zurückzahlen**.

---

**Erklärungen der:des Antragstellerin:Antragstellers**

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- alles richtig und vollständig angegeben habe.
- Im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.
- 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 in der Höhe mindert und ich zu viel Betriebsrente erhalten 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

---

**Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-4455 [rente@kvw-muenster.de](mailto:rente@kvw-muenster.de)**

---

## Hinweise zum Antrag auf Betriebsrente für Versicherte

- Zur Betriebsrente

Anspruch auf Betriebsrente/PlusPunktRente für Versicherte besteht, wenn der Versicherungsfall (Erwerbsminderung, Alter) 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 Altersrente als Vollrente oder eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. Wird eine Altersrente nur als Teilrente gewährt, tritt für die Zusatzversorgung kein Versicherungsfall ein. 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 eine:n Fachärztin: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.

**Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-4455 [rente@kvw-muenster.de](mailto:rente@kvw-muenster.de)**

Name, Vorname

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
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 aufgrund eines durchgeführten Versorgungsausgleichs 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 Teil I, C 1.
- nicht für in einem berufsständischen Versorgungswerk Versicherte

Anlage „Bescheinigung über Krankengeld“

- siehe Teil I, E 3.