

Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Antrag auf KVK Zusatzrente / KVK Zusatzrente-Plus für Versicherte*

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer bei der KVK Zusatzversorgungskasse		Steueridentifikationsnummer (11-Stellen)
Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname (n)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		E-Mail (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (freiwillige Angabe)

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/ des Versicherten gestellt aufgrund einer Bevollmächtigung. einer Betreuung. Vollmacht/ Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen		
Name, Vorname des Bevollmächtigten/ Betreuers bzw. der Einrichtung		Telefon (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer

3. Bankverbindung

Bei Überweisung auf ein inländisches Konto oder auf ein Konto innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ist die internationale Bankkonto-Nummer (IBAN) sowie der Bank-Code (BIC bzw. S.W.I.F.T-Code) anzugeben.	
Name und Sitz der Bank	
IBAN (max. 34 Stellen)	BIC (8-11 Stellen)
Kontoinhaber_in (wenn abweichend von der antragstellenden Person)	

* Datenschutzhinweise über die Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der DSGVO können Sie auf unserer Homepage (www.kvk-kassel.de) nachlesen und herunterladen.

Versicherungsnummer

Name, Vorname

4. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

ja nein

Wenn ja:

Bitte fügen Sie die Seiten 01 bis 02 Ihres Rentenbescheides mit den Anlagen "Hinweise zum Rentenbescheid", „Berechnung der Rente“ und „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“ als Kopie bei.

Ohne die Vorlage dieser Unterlagen kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

5. Drittverschulden

Wird der Rentenanspruch wegen eines von einem Dritten verursachten Schadensereignisses (z.B. Verkehrsunfall) gestellt?

ja nein

Wenn ja:

zuständige Staatsanwaltschaft

Aktenzeichen

Anschrift des Haftpflichtversicherers

Haftpflichtschaden-Nr.

6. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

6.1 Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, von den Renten Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Wir benötigen deshalb diese Angaben zu Ihrem Krankenversicherungsverhältnis.

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken-/ Pflegeversicherung (z.B. AOK, Ersatzkasse, BKK, usw.).

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ihre Sozialversicherungs-Nr./Rentenversicherungs-Nr. (bitte ausfüllen)

Liegt Elterneigenschaft vor? (Haben / Hatten Sie leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder?) ja nein

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken-/ Pflegeversicherung.

6.2 Erhalten oder erhielten Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nach dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Krankengeld? ja nein

Falls ja, lassen Sie bitte die Anlage 1 (Angaben der Krankenkasse zum Krankengeld) von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ausfüllen und fügen diese Ihrem Rentenanspruch bei. Bei einer Rente wegen Erwerbsminderung legen Sie bitte die Anlage 1 immer bei.

Versicherungsnummer

Name, Vorname

7. Angaben zu den beigefügten Anlagen

Bitte kreuzen Sie an, welche Anlagen Sie dem Antrag beigefügt haben:

1. Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung (falls dieser bereits vorliegt) *
 - die Seiten 01 bis 02
 - die Anlage "Hinweise zum Rentenbescheid" mit der PANR (Postabrechnungsnummer)
 - die Anlage „Berechnung der Rente“
 - die Anlage „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“
 - Sollten Sie im Antrag Anlage 3 Mutterschutzzeiten geltend gemacht haben, fügen Sie bitte auch den Versicherungsverlauf der gesetzlichen Rentenversicherung bei.

*Im Einzelfall kann es vorkommen, dass weitere Daten aus einem Rentenbescheid benötigt werden. Gerne können Sie uns deshalb zur Beschleunigung der Bearbeitung auch eine Kopie des vollständigen Rentenbescheides vorlegen. Dem Rentenbescheid werden nur diejenigen Daten entnommen und gespeichert, die für die Berechnung und Zahlbarmachung Ihrer KVK Zusatzrente erforderlich sind. Die nicht für die Bearbeitung notwendigen Teile Ihres Rentenbescheides werden umgehend vernichtet.

2. Anlage 1, immer beizufügen, wenn Sie eine Rente wegen Erwerbsminderung oder Krankengeld nach dem Beginn der Rente erhalten haben und die Frage 6.2 im Antrag mit „Ja“ beantwortet wurde.
3. Anlage 2, nur beizufügen, wenn Sie die Überleitung/Anerkennung von Vorversicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung beantragen möchten und diese nicht bereits übergeleitet / anerkannt worden sind.
4. Anlage 3, nur beizufügen, wenn Sie die Berücksichtigung der Mutterschutzzeiten beantragen möchten.
5. sonstige _____

Versicherungsnummer

Name, Vorname

8. Erklärung der antragstellenden Person

8.1 Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe,
- hiermit etwaige Schadensersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, durch das die KVK Zusatzversorgungskasse zur Zahlung von Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung abtrete,
- sofern ein Vertrag über eine KVK Zusatzrente-Plus besteht, diese hiermit zeitgleich beantrage.

Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurückzahlen muss und dass ich verpflichtet bin, die nachfolgend aufgeführten Anzeigepflichten nach der Satzung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zu beachten habe. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass, wenn die Ziffer 5 von mir nicht beantwortet wurde, diese von der KVK als mit "Nein" beantwortet gewertet wird. Mir ist bekannt, dass, wenn ich die Anlage 2 (Überleitung/Anerkennung) oder die Anlage 3 (Mutterschutzzeiten) nicht eingereicht oder ausgefüllt habe, diese als nicht beantragt gelten.

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

- die Versagung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Beendigung der Rentenzahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Bezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld,
- Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Unterhaltsgeld und Verletztengeld,
- der Wegfall der Erwerbsminderung und die Änderung von voller in teilweise Erwerbsminderung oder von teilweiser in volle Erwerbsminderung,
- jede Änderung der Höhe der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst,
- jede Änderung der Rentenart in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller_in

8.2

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht erhaltene Rentenbeträge an die KVK Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen sind. Ich beauftrage das jeweils kontoführende Geldinstitut unwiderruflich, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, die infolge meines Todes oder aus anderem Grund zu Unrecht erhaltenen Rentenbeträge an die KVK Zusatzversorgungskasse zurückzuzahlen. Für diesen Fall erkläre ich ausdrücklich, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, dass ich damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das zuständige kontoführende Geldinstitut der KVK Zusatzversorgungskasse Auskunft über die Person/-en gibt, welche über mein Konto verfügt hat/haben, soweit dies für die Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Diese Erklärung gilt für das jetzige und alle künftigen Konten.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller_in

Unterschrift Kontoinhaber_in (falls abweichend)

Versicherungsnummer

Name, Vorname

Angaben des Arbeitgebers

Dieser Teil ist nur dann vom Arbeitgeber auszufüllen, wenn bis zum Rentenbeginn ein laufendes oder ruhendes Arbeitsverhältnis bestanden hat, durch das Sie bei uns pflichtversichert waren.

9. Erstattung von Forderungen

Wird ein Erstattungsanspruch gegen den / die Arbeitnehmer_in geltend gemacht?

ja nein

Der / Die Arbeitnehmer_in hat über den Rentenbeginn am hinaus bis zum Bezüge in Höhe von insgesamt € erhalten.

Bitte überweisen Sie

- 9.1 den Betrag, der tarifrechtlich als Rentenvorschuss gilt (§ 22 Abs. 4 Satz 4 TVöD oder vergleichbaren Regelungen); maximal die zustehende Betriebsrentenleistung für den oben genannten Zeitraum. Der/Die Arbeitnehmer_in wurde über den geltend gemachten Erstattungsanspruch informiert.
- 9.2 den gesamten oben genannten Betrag aufgrund der Abtretungsvereinbarung gem. Ziffer 10.

Bankverbindung:

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (8-11 Stellen)

Name der Bank:

unter Angabe des Aktenzeichens:

Anmerkung:

Eine Erstattung des gesamten Betrages unabhängig von dem Zeitraum der überzahlten Krankenbezüge nach Ziffer 9.2. kann nur erfolgen, wenn der / die Arbeitnehmer_in sich in Ziffer 10. mit der Abtretung einverstanden erklärt hat.



Versicherungsnummer

Name, Vorname

10. Abtretungsvereinbarung (nur zu Ziffer 9.2 erforderlich)

Der / Die Arbeitnehmer_in erkennt den geltend gemachten Erstattungsanspruch des Arbeitgebers an und tritt seine / ihre gegenwärtigen und künftigen Betriebsrentenansprüche gegen die KVK Zusatzversorgungskasse bis zur Höhe des unter Ziff. 9 genannten Betrages an den Arbeitgeber ab.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer_in

Datum, Unterschrift Arbeitgeber

11. Nur auszufüllen bei einem Antrag auf KVK Zusatzrente wegen Erwerbsminderung

Die Abmeldung von der Pflichtversicherung

ist bereits erfolgt

wird manuell erfolgen

wird per DATÜV erfolgen

Das Beschäftigungsverhältnis besteht weiter

Ja

Nein

Hinweis: Ohne die Abmeldung von der Pflichtversicherung mit den Entgeltdaten kann der Antrag auf KVK Zusatzrente nicht zeitnah bearbeitet werden.

Zuletzt maßgebende Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis:

Arbeitsentgelt (nicht Krankenbezüge) wurde bezogen

bis _____

Entgeltfortzahlung (§ 3 EntgFG)

vom/bis _____

Krankengeldzuschuss (z.B. § 22 TVöD), auch wenn dieser wegen der Höhe des Krankengeldes nicht zur Auszahlung kam

vom/bis _____

12. Bestätigung des Arbeitgebers

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben – soweit feststellbar auch die der/des Antragsteller_in zum Rentenanspruch – vollständig und richtig sind. Sofern keine Angaben zu Ziffer 9 gemacht wurden, darf von der KVK angenommen werden, dass kein Erstattungsanspruch geltend gemacht wird.

Bei Rückfragen wenden Sie sich an:

Frau / Herrn:

Telefon:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber





Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Faxnummer KVK: 0561 97966 553

Anlage 1 Angaben der Krankenkasse zum Krankengeld *

Name, Vorname	Versicherungsnummer bei der KVK
Geburtsdatum	Versichertennummer bei der Krankenkasse

Dieser Vordruck ist von der für Sie zuständigen Krankenkasse auszufüllen,

- wenn bei einer Altersrente die Frage 6.2 mit Ja beantwortet wurde.
- Bei einer Rente wegen Erwerbsminderung ist der Vordruck immer ausgefüllt vorzulegen.

Auskunft der Krankenkasse:

Der/die Versicherte hat über den Beginn der Rente ab _____ aus der gesetzlichen Rentenversicherung hinaus
kein Krankengeld erhalten. Krankengeld erhalten, das wie folgt abgerechnet wurde:

Wir bitten um Übersendung einer Kopie der Abrechnung über den Erstattungsanspruch gegenüber dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 50 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 103 SGB X.

Zusätzlich sind Zeitraum und Höhe des kalendertäglichen gewährten Bruttokrangeldes anzugeben.

Erstattungszeitraum:

vom	bis	Bruttokrangeld	gekürzt	ungekürzt

Wird weiterhin Krankengeld gezahlt? ja nein

Voraussichtliches Ende des Leistungsanspruchs: _____

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift Krankenkasse
------------	------------------------------------

Telefon für Rückfragen _____

* Datenschutzhinweise über die Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der DSGVO können Sie auf unserer Homepage (www.kvk-kassel.de) nachlesen und herunterladen.

Beamtenversorgungskasse Kurhessen-Waldeck, Sondervermögen Zusatzversorgungskasse
der Gemeinden und Gemeindeverbänden des Regierungsbezirks Kassel mit Sitz in Kassel
Geschäftsführung: Direktor Johannes Petek
Vorsitzende des Verwaltungsausschusses: Martina Maurer
Telefonische Sprechzeiten: Mo.-Do.: 8-16 Uhr / Fr.: 8-13 Uhr | Termine nach Vereinbarung



Kommunale Versorgungskassen
Kurhessen-Waldeck
**Beamtenversorgungskasse
Zusatzversorgungskasse
Sterbekasse**





Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Anlage 2 zum Antrag auf KVK Zusatzrente Angaben zu Versicherungszeiten bei anderen Zusatzversorgungseinrichtungen*

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer bei der KVK Zusatzversorgungskasse		
Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname (n)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		E-Mail (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (freiwillige Angabe)

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/ des Versicherten gestellt aufgrund einer Bevollmächtigung. einer Betreuung. Vollmacht/ Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen		
Name, Vorname des Bevollmächtigten/ Betreuers bzw. der Einrichtung		Telefon (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer

* Datenschutzhinweise über die Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der DSGVO können Sie auf unserer Homepage (www.kvk-kassel.de) nachlesen und herunterladen.



Versicherungsnummer

Name, Vorname

3. Angaben Versicherungszeiten

Ich bin bei Ihnen versichert seit:

Durch den Arbeitgeber:

Mitgliedsnummer:

Versicherungsnummer:

Zuletzt war ich bei folgender Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) pflichtversichert:

Name / Sitz der ZVE

Versicherungsnummer

vom

bis

Vorher war ich bei folgender Zusatzversorgungseinrichtung pflichtversichert

Name /Sitz der ZVE

Versicherungsnummer

vom

bis

Außerdem habe ich Anwartschaften aus einer Ehescheidung beifolgender Zusatzversorgungseinrichtung:

Name /Sitz der ZVE

vom

bis

Ich beziehe eine Betriebsrente nein ja, Versicherungsnummer:

von der ZVE

Ich beantrage die Überleitung und ggf. die Anerkennung der Versicherungszeit der VBL. Sollte die KVK Zusatzversorgungskasse feststellen, dass die angegebenen Versicherungszeiten bereits übergeleitet bzw. anerkannt wurden, dann ist mein Antrag auf Überleitung / Anerkennung damit hinfällig.

Datum

Unterschrift

Wird von der ZVK ausgefüllt

An ZVE

☐ ☐

mit Anlage/n

Kassel,

Wir bitten um Überleitung der Versicherung

Unterschrift

Stichtag der Barwertberechnung:

Wir bitten um Anerkennung der Versicherungszeiten



Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Anlage 3 zum Antrag auf KVK Zusatzrente für Versicherte Angaben zu Mutterschutzzeiten *

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer bei der KVK Zusatzversorgungskasse		
Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname (n)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		E-Mail (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (freiwillige Angabe)

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung der/ des Versicherten gestellt aufgrund einer Bevollmächtigung. einer Betreuung. Vollmacht/ Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen		
Name, Vorname des Bevollmächtigten/ Betreuers bzw. der Einrichtung		Telefon (freiwillige Angabe)
Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer

* Datenschutzhinweise über die Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der DSGVO können Sie auf unserer Homepage (www.kvk-kassel.de) nachlesen und herunterladen.



Versicherungsnummer

Name, Vorname

3. Berücksichtigung von Mutterschutzzeiten

Hatten Sie während einer **Pflichtversicherung** bei einer Zusatzversorgungseinrichtung bzw. einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst in Mutterschutzzeiten vor dem 01.01.2012?

ja nein

Wenn ja:

Die Mutterschutzzeiten wurden bei der KVK Zusatzversorgungskasse bereits beantragt.

Ich möchte für folgende Kinder Mutterschutzzeiten geltend machen:

Angaben zu Kindern und zu Mutterschutzzeiten:

Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Mutterschutzzeiten

vom

bis

Machen Sie Mutterschutzzeiten geltend, dann fügen Sie bitte die Anlage „Versicherungsverlauf“ Ihres Rentenbescheides oder andere geeignete Nachweise zu den Mutterschutzzeiten als Kopie bei.

Ich beantrage die Berücksichtigung der Mutterschutzzeiten und erkläre ausdrücklich, dass ich die Angaben vollständig und richtig gemacht habe.

Datum

Unterschrift