



Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Antrag auf KVK Zusatzrente-Plus (Altersrente)

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer der KVK		Steuer- Identifikationsnummer
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 <input type="checkbox"/> einer Bevollmächtigung. <input type="checkbox"/> einer Betreuung. Vollmacht/ Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen		
Name, Vorname der/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 (nur falls abweichend vom Antragsstellenden)	



Versicherungsnummer

Name, Vorname

4. Beginn der Rentenzahlung

Hiermit beantrage ich die Zahlung der KVK Zusatzrente-Plus ab dem Ersten des

_____ / _____ .
 (Monats) (Jahr)

Anmerkung:

Den Beginn der KVK Zusatzrente-Plus wegen Alters bestimmen Sie selbst. Die Rentenzahlung ist ab Vollendung des 62. Lebensjahres möglich. Wir zahlen Ihre Altersrente ab dem von Ihnen beantragten Zeitpunkt, frühestens ab dem Ersten des Folgemonats, der auf den Antragseingang bei der Kasse folgt. Wird der Antrag später gestellt, ist eine rückwirkende Zahlungsaufnahme nach den Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen nicht möglich.

Beginnt Ihre KVK Zusatzrente-Plus wegen Alters vor Vollendung des 65. Lebensjahres, müssen Sie einen Abschlag von 0,5% pro Monat in Kauf nehmen. Beanspruchen Sie die Rente erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres, erhalten Sie einen Zuschlag von 0,5% pro Monat.

5. Drittverschulden

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

Wenn ja:

ja

nein

zuständige Staatsanwaltschaft

Aktenzeichen

Anschrift des Haftpflichtversicherers

Haftpflichtschaden-Nr.

6. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

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, Knappschaft, usw.).

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ihre Versicherten-Nr. bei der Krankenkasse

Ihre Sozialversicherungs-Nr.

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

privaten Kranken-/ Pflegeversicherung.

Anmerkung: Für Rentenanteile, die sich aus riestergeförderten Beiträgen im Sinne des § 92 EStG ergeben, sind ab dem 01.01.2018 keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen.

Versicherungsnummer

Name, Vorname

7. Erklärung der Antragsstellenden Person

7.1 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.

Mir ist bekannt, dass ich

- überzahlte Rentenbeträge an die Kasse zurückzahlen muss und
- Zulagen zurückzahlen muss, wenn spätere Ermittlungen der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) ergeben, dass Zulagen nicht oder nicht in der geleisteten Höhe zustehen.

Anzeigepflichten:

Ich bin verpflichtet, eine Verlegung meines Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts sowie jede Änderung von Verhältnissen, die meinen Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können, der KVK Zusatzversorgungskasse unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellende Person

7.2 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 jeweils kontoführende Geldinstitut der KVK Zusatzversorgungskasse Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat, soweit dies für die Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellende Person