

**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Zusatzversorgungsabteilung -

**Z**

## Persönliche Angaben

Versicherungsnummer

Mitgliedsnummer

### Ich beantrage eine Betriebsrente für Versicherte wegen

Bezug einer Altersrente ab Datum

Erwerbsminderung ab

Steuer-Identifikationsnummer (unbedingt erforderlich)

Name, ggf. auch Geburtsname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer (Angabe freigestellt)

### Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten jeweils für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

## 1. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung  
des Versicherten gestellt vom:

Bevollmächtigten (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

Betreuer (bitte Kopie des Nachweises über den Umfang der Betreuung beifügen)

Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung

Straße, Hausnummer ggf. Postfach

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer (Angabe freigestellt)

## 2. Bankverbindung

IBAN (maximal 34 Stellen)

BIC (11 Stellen)

Geldinstitut

ggf. abweichender Kontoinhaber

## 3. Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die KVBW Zusatzversorgung verpflichtet, im Rentenfall Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen.

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

ja    nein

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Z - 551-010 - BW036104\_1 - 12/2020

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Hauptsitz**  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

**Zweigstelle**  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

**Bankverbindung**  
Landesbank Baden-Württemberg BIC: SOLADEST600  
ZVKRente IBAN: DE80 6005 0101 0002 0002 11  
ZVKPlusRente IBAN: DE53 6005 0101 0004 0240 20

**Sie erreichen uns**  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr bis  
16:30 Uhr

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[zvz@kvbw.de](mailto:zvz@kvbw.de)

**4. Anspruch auf gesetzliche Rente**

Besteht ein Anspruch auf Rente **aus der Deutschen Rentenversicherung** (Deutsche Rentenversicherung Bund - Länder - Knappschaft)?

ja

**Wenn ja:** Bitte fügen Sie den **vollständigen Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung** (mit allen Berechnungsanlagen) als **Kopie** bei.

nein, ich habe **keinen** Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil ich dort die Wartezeit oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. wegen Befreiung von der Versicherungspflicht) nicht erfüllt habe.

**5. Zusätzliche Angaben zur Feststellung des Rentenzahlbetrags**

Bezogen oder beziehen Sie Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung für Zeiten, in denen ein Rentenanspruch aus der Deutschen Rentenversicherung besteht?

ja nein

**6. Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung**

Waren/Sind Sie auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes (z.B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder usw.) versichert oder haben Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung Anwartschaften aus einem Eheversorgungsausgleich (außer VBL) erworben?

ja nein

**Wenn ja:** Haben Sie bei uns bereits einen Antrag auf Überleitung gestellt?

ja nein

**Wenn nein:** Sind Beiträge erstattet worden?

ja nein

**Wenn nein:** Ich war bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert für die Zeit

vom bis

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Aktenzeichen/Versicherungsnummer

vom bis

Name der Zusatzversorgungseinrichtung

Aktenzeichen/Versicherungsnummer

**7. Drittverschulden**

Steht der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch einen Dritten verursacht wurde?

ja nein

**Wenn ja:**

Haftpflichtversicherung (inkl. Anschrift)

Haftpflichtschaden-Nummer

Tag des Schadensereignisses

Ermittelnde Polizeidienststelle

Aktenzeichen/Tagebuch-Nummer

**Bitte beachten Sie die Abtretungserklärung in Ziffer 12 und schildern Sie uns den Schadenshergang.**

**8. Mutterschutzzeiten vor dem 1. Januar**

Hiermit beantrage ich die Berücksichtigung von Mutterschutzzeiten, die ich vor dem 1. Januar 2012 während der Pflichtversicherung bei einer kommunalen oder kirchlichen Zusatzversorgungseinrichtung zurückgelegt habe.

Sofern Sie keinen Anspruch auf eine Leistung aus der Deutschen Rentenversicherung haben, legen sie bitte eine **Bescheinigung Ihrer Krankenkasse** oder **Ihres Arbeitgebers** als Nachweis bei.

**9. ZVKPlusRente - Tarif 2002**

Für den Bezug einer ZVKPlusRente - Tarif 2002 benötigen wir keine gesonderten Angaben

**10. ZVKPlusRente - Tarif 2011**

Die Ziffer 10 ist nur zu beantworten, wenn Sie einen Vertrag in der ZVKPlusRente - Tarif 2011 (Vertragsbeginn: zwischen 1. April 2011 und 1. September 2017) abgeschlossen haben und hieraus Leistungen beantragen möchten.

**Bei Beantragung einer Altersrente:**

Ich beantrage eine Rente aus der ZVKPlusRente - Tarif 2011.

Bitte beachten Sie, dass die Altersrente aus der ZVKPlusRente ab dem beantragten Zeitpunkt, **frühestens ab dem Ersten des Monats, der dem Antragseingang bei der Kasse folgt**, gezahlt wird. Der Beginn der Altersrente ist ab dem Rentenalter 62 möglich.

Ich möchte eine Rente wegen Alters ab dem  beantragen.

**Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase der ZVKPlusRente**

ja, ich möchte meine bezugsberechtigten Hinterbliebenen auch während meines Rentenbezugs weiter absichern.

nein, ich verzichte unwiderruflich auf den Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase. Meine Rentenleistung erhöht sich dadurch um einen Zuschlag. Im Falle meines Todes werden damit keine Leistungen an Hinterbliebene gezahlt.

**Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente:**

Im Falle der Erwerbsminderung haben sie die Möglichkeit, sich für eine Erwerbsminderungsrente zu entscheiden. Diese wird lebenslang und anstelle einer späteren Altersrente gezahlt. Die Höhe der lebenslangen Erwerbsminderungsrente teilen wir Ihnen in Kürze mit.

Ihre Erwerbsminderungsrente beginnt **zum gleichen Zeitpunkt wie Ihre Rente aus der Deutschen Rentenversicherung** oder an dem Tag, der bei unterstellter Versicherung in der Deutschen Rentenversicherung festzusetzen wäre.

**11. ZVKPlusRente - Tarif 2017**

Die Ziffer 11 ist nur zu beantworten, wenn Sie einen Vertrag in der ZVKPlusRente - Tarif 2017 (Vertragsbeginn: ab 1. Oktober 2017 oder später) abgeschlossen haben und hieraus Leistungen beantragen möchten.

**Bei Beantragung einer Altersrente:**

Ich beantrage eine Rente aus der ZVKPlusRente - Tarif 2017.

Bitte beachten Sie, dass die Altersrente aus der ZVKPlusRente ab dem beantragten Zeitpunkt, **frühestens ab dem Ersten des Monats, der dem Antragseingang bei der Kasse folgt**, gezahlt wird. Der Beginn der Altersrente ist ab dem Rentenalter 62 möglich.

Ich möchte eine Rente wegen Alters ab dem  beantragen.

**Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase der ZVKPlusRente**

ja, ich möchte meine bezugsberechtigten Hinterbliebenen auch während meines Rentenbezugs weiter absichern.

nein, ich verzichte unwiderruflich auf den Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase. Meine Rentenleistung erhöht sich dadurch um einen Zuschlag. Im Falle meines Todes werden damit keine Leistungen an Hinterbliebene gezahlt.

**Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente:**

Im Falle der Erwerbsminderung haben sie die Möglichkeit, sich für eine Erwerbsminderungsrente zu entscheiden. Diese wird lebenslang und anstelle einer späteren Altersrente gezahlt. Die Höhe der lebenslangen Erwerbsminderungsrente teilen wir Ihnen in Kürze mit.

Ihre Erwerbsminderungsrente beginnt **zum gleichen Zeitpunkt wie Ihre Rente aus der Deutschen Rentenversicherung** oder an dem Tag, der bei unterstellter Versicherung in der Deutschen Rentenversicherung festzusetzen wäre.

**12. Erklärung des Antragstellers**

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Angaben vollständig und richtig gemacht habe,
- die Überleitung von Versicherungszeiten nach Ziffer 6 beantrage, sofern bisher keine Überleitung beantragt worden war,
- im Falle der Erwerbsminderung diese nicht vorsätzlich herbeigeführt habe,
- hiermit etwaige Schadenersatzansprüche, die mir gegen Dritte aus einem Ereignis zustehen, auf Grund dessen die KVBW Zusatzversorgung zur Gewährung oder Erhöhung der Leistungen verpflichtet wird, bis zur Höhe dieser Leistung an die KVBW Zusatzversorgung **abtrete**,
- sowohl mit der Überweisung der Betriebsrente an meinen Arbeitgeber in Höhe der als Vorschuss auf die Betriebsrente gezahlten Bezüge als auch damit einverstanden bin, dass die KVBW Zusatzversorgung einen vom Arbeitgeber bezifferten Ersatzanspruch als richtig unterstellt,
- damit einverstanden bin, dass im Falle meines Todes das jeweils kontoführende Geldinstitut der KVBW Zusatzversorgung Auskunft darüber gibt, wer über mein Konto verfügt hat (Entbindung vom Bankgeheimnis).

Ich verpflichte mich,

- die KVBW Zusatzversorgung unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren, dies ist **insbesondere** der Fall, wenn
  - der Rentenversicherungsträger die Zahlung einstellt,
  - sich meine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienst ändert,
  - bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes eine erneute Pflichtversicherung begründet wird,
  - Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld I oder II, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld oder Verletztengeld bezogen wird,
  - die Erwerbsminderung wegfällt oder sich eine volle in eine teilweise bzw. eine teilweise in eine volle Erwerbsminderungsrente ändert,
  - sich die Rentenart in der Deutschen Rentenversicherung ändert, z. B. wenn eine Erwerbsminderungsrente in eine Altersrente umgewandelt wird,
  - sich mein Name oder meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.
- Rentenüberzahlungen zurückzuzahlen. Hiermit beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meiner Erben, überzahlte Beträge der KVBW Zusatzversorgung zurückzuzahlen.

Unterschrift

Ort, Datum

**13. Anlagen**

Vollständiger Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung mit allen Berechnungsanlagen

**Bitte Dokumente in Kopie beilegen. Eingereichte Unterlagen werden nicht zurückgeschickt!**

**Angaben des Arbeitgebers**

Die Ziffern 14 bis 16 sind nur auszufüllen, wenn die ZVKRente (Pflichtversicherung) bis zum Rentenbeginn bestanden hat.

**14. Arbeitsverhältnis**

Eine Abmeldung von der ZVKRente (Pflichtversicherung) zum Rentenbeginn ist auch dann erforderlich, wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht geendet hat. In diesem Fall ist ein neuer Versicherungsabschnitt mit entsprechender Entgeltaufteilung zu bilden.

Die Abmeldung ist beigefügt.  
 wurde bereits übersandt.  
 ist/wird im Abrechnungsmonat über DATÜV-ZVE erfolgt/erfolgen.

Der Arbeitnehmer hat Bezüge, die tarifrechtlich als Rentenvorschüsse gelten, bezogen.

Es wird deshalb gebeten,  
 den Betrag in Höhe von € aus der monatlichen Betriebsrente  
 vom bis

die monatliche Betriebsrente für den Zeitraum

IBAN (maximal 34 Stellen) BIC (11 Stellen)  
 auf unser Konto  
 Geldinstitut

Akten-/Buchungszeichen  
 unter Angabe des zu überweisen.

**15. Rente wegen Erwerbsminderung**

Ist der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall eingetreten, der im Zusammenhang mit dem der ZVKRente (Pflichtversicherung) zugrunde liegenden Arbeitsverhältnis steht?

ja nein

**Wenn ja, bitte den Bescheid der Berufsgenossenschaft beifügen.**

**16. Bestätigung**

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben - auch die des Antragstellers unter Ziffer 6 und Ziffer 7 - richtig sind.

**Hinweis:** Bitte ergänzen Sie auf Seite 1 die Steuer-Identifikationsnummer, falls diese vom Versicherten nicht angegeben wurde.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Ansprechpartner Telefonnummer  
 Arbeitgeberanschrift/Dienstsiegel/Stempel

Ort, Datum, Unterschrift