



Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

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

Altersrente

Erwerbsminderungsrente

1. Angaben zur Person

Versicherungsnummer bei der KVK Zusatzversorgungskasse		Ihre Sozialversicherungs-Nr. (bitte ausfüllen)
Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname (n)		Steueridentifikationsnummer (11-Stellen)
Straße und Hausnummer		Geburtsdatum
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 bzw. haben Sie eine solche beantragt?

ja nein

Wenn ja: -> Rentenbeginn der beantragten Rente gemäß gesetzlichem Bescheid _____.

Wir rufen die für die Rentenberechnung relevanten Daten elektronisch bei der Deutschen Rentenversicherung ab (siehe Erklärung unter Punkt 8).

Wenn nein: -> Zu welchem Zeitpunkt möchten Sie - soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind- die Rente in Anspruch nehmen? Ab _____.

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

Nach den Vorschriften zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind von den Rentenleistungen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichten. Wir sind daher verpflichtet, die für die/den Rentenempfänger/in zuständige Krankenkasse zu ermitteln

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

Name der Krankenkasse

Ich bin Mitglied einer privaten Kranken-/ Pflegeversicherung.

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

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 und die Anlage „Berechnung der Rente“ des Bescheides der gesetzlichen Rentenversicherung immer bei.

Versicherungsnummer

Name, Vorname

7. Angaben zu den beigefügten Anlagen

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

1. bei **Bezug von Erwerbsminderungsrente**: vom Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Anlage „Berechnung der Rente“
2. Anlage 1, immer beizufügen, wenn Sie eine Rente **wegen Erwerbsminderung erhalten**, 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

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 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. Die KVK fordert die für die Feststellung des Eintritts des Versicherungsfalles und die Berechnung der Betriebsrente erforderlichen Daten **elektronisch** von der Deutschen Rentenversicherung an. Die Deutsche Rentenversicherung übermittelt, soweit relevant, folgende Daten: Datum Rentenbescheid, Angaben zu Leistungsfall/ Leistungsart, Zugangsfaktor, Beginn/Ende der Rente, Berechnungs- oder Ablehnungsgrund, Angaben zur Kranken-/ Pflegeversicherung, Kennzeichen für einen möglichen Erstattungsanspruch eines Sozialversicherungsträgers, Kennzeichen zum Versorgungsausgleich sowie Angaben zum Ruhen der Rente oder zum Bezug einer Teilrente.

Soweit eine elektronische Übertragung der erforderlichen Daten nicht möglich ist, muss ich der KVK die notwendigen Daten mittels Kopie des Rentenbescheides von der Deutschen Rentenversicherung selbst zur Verfügung stellen.

Anzeigepflichten:

Ich verpflichte mich, die ZVK unverzüglich zu unterrichten, wenn nach der Antragstellung folgende Änderungen eintreten:

- sich meine Anschrift ändert oder der Wohnsitz oder der dauernde Aufenthalt ins Ausland verlegt wird,
- bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen/kirchlichen Dienstes eine erneute Zusatzrente (Pflichtversicherung) begründet wird,
- Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld oder Verletztengeld bezogen wird (soweit keine Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente von der Deutschen Rentenversicherung bezogen wird).

Die Änderungen werden der ZVK von dritter Seite nicht automatisch mitgeteilt.

Ich verpflichte mich ferner, Rentenüberzahlungen zurückzahlen und auf die Einrede der Verjährung zu verzichten. 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 zurückzahlen. 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum	Versichertennummer bei der Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Bruttokrankengeldes anzugeben.

Erstattungszeitraum:

vom	bis	Bruttokrankengeld	gekürzt	ungekürzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird weiterhin Krankengeld gezahlt? ja nein

Voraussichtliches Ende des Leistungsanspruchs:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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.





Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
 Kölnische Str. 42
 34117 Kassel

Anlage 2: Antrag auf Überleitung/Anerkennung von 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 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	mit _____ Anlage/n
Wir bitten um Überleitung der Versicherung	Kassel, Unterschrift
Stichtag der Barwertberechnung: _____	_____
Wir bitten um Anerkennung der Versicherungszeiten	

Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
 Kölnische Str. 42
 34117 Kassel

Anlage 3: Antrag auf Anerkennung von 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 Antragsteller_in

--	--

Zurück an:

KVK Zusatzversorgungskasse
 Kölnische Str. 42
 34117 Kassel

Nur auszufüllen, wenn Sie einen Vertrag über eine KVK Zusatzrente-Plus (Freiwillige Versicherung) haben!

Tipp: Nehmen Sie zum Ausfüllen des Antrages Ihr letztes Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus zur Hand.

Anlage 4 Antrag auf KVK Zusatzrente-Plus*

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

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. Beginn der Altersrente

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

_____.

(Monat) / (Jahr)

Tarif 01 und Tarif 03 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

Die KVK Zusatzrente-Plus beginnt zu dem gleichen Zeitpunkt wie die Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Wenn Sie die KVK Zusatzrente-Plus gleichzeitig mit der gesetzlichen Rente in Anspruch nehmen und diese wegen vorzeitiger Inanspruchnahme gekürzt ist, wird die KVK Zusatzrente-Plus um den gleichen Abschlag gekürzt, höchstens jedoch um 10,8 %.

Unabhängig von der gesetzlichen Rente können Sie die KVK Zusatzrente-Plus ab dem 62. Lebensjahr in Anspruch nehmen. Die Rente beginnt dann frühestens ab dem auf den Antragseingang folgenden Monat. Ein späterer Rentenbeginn als der in der gesetzlichen Rentenversicherung vorgegebene ist nicht möglich.

Beginnt die KVK Zusatzrente-Plus wegen Alters vor der Vollendung des 65. Lebensjahres, beträgt der monatliche Abschlag 0,5 %. Beanspruchen Sie die Altersrente nach dem 65. Lebensjahr, erhalten Sie einen Zuschlag von 0,5 % pro Monat.

Tarife 02, 04, 05, 06 und 07 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

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 dem Ihrem Vertrag zugrunde legenden Versicherungsbedingungen nicht möglich.

Beginnt die KVK Zusatzrente-Plus wegen Alters vor der Vollendung des 65. Lebensjahres, beträgt der monatliche Abschlag 0,5 %. Beanspruchen Sie die Altersrente nach dem 65. Lebensjahr, erhalten Sie einen Zuschlag von 0,5 % pro Monat.

5. Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase

Tarif 01 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

Sie haben sich bereits bei Vertragsabschluss für den Ein- oder Ausschluss des Hinterbliebenenschutzes entschieden, wir benötigen keine weiteren Angaben von Ihnen.

Tarife 02, 03, 04, 05 und 07 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

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

Angaben zur/m Ehepartner/in, eingetragenen Lebenspartner/in, Lebensgefährte/-gefährtin:

Familienname (ggf. auch Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Die genannte Person ist mein/e:

Ehepartner/-partnerin oder eingetragene/r Lebenspartnerin/-partner.

Lebensgefährtin/-gefährte, mit der/dem ich in eheähnlicher Gemeinschaft lebe und einen gemeinsamen Haushalt

*Vor Beginn ihrer Erwerbsminderungs- oder Altersrente können Sie entscheiden, ob wir Rentenleistungen an Ihre Hinterbliebenen erbringen sollen, wenn Sie in der Rentenphase versterben. Ist dies der Fall, dann vermindert sich Ihre Erwerbsminderungs- oder Altersrente.

Nein, ich verzichte unwiderruflich auf den Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase.



Versicherungsnummer

Name, Vorname

Tarif 06 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

Ja, ich möchte meine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Waisen) auch während meines Rentenbezugs weiter absichern.

Nein, ich verzichte unwiderruflich auf den Hinterbliebenenschutz in der Rentenphase. In diesem Fall erhöhen wir Ihre Rente um 6 Prozent.

6. Bezug einer Erwerbsminderungsrente

Im Falle der Erwerbsminderung haben Sie die Möglichkeit, sich für eine Erwerbsminderungsrente zu entscheiden. 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.

Tarif 01 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

Sie haben sich bereits bei Vertragsabschluss für den Ein- oder Ausschluss des Risikos einer Erwerbsminderung entschieden, wir benötigen keine weiteren Angaben von Ihnen.

Tarife 02, 03, 04, 05, 06 und 07 (siehe Versorgungskonto KVK Zusatzrente-Plus Seite 2)

Ja, ich möchte die Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen.

Nein, ich möchte die Erwerbsminderungsrente nicht in Anspruch nehmen. Die Leistungen sollen erst mit einer späteren Altersrente ausgezahlt werden.

Ich beantrage hiermit die KVK Zusatzrente-Plus und erkläre ausdrücklich, dass ich die Angaben vollständig und richtig gemacht habe.

_____ Datum

_____ Unterschrift Antragsteller_in

