

Kommunale Zusatzversorgungskasse
Mecklenburg-Vorpommern
Am Markt 22
17335 Strasburg (Uckermark)

ZMV-Versicherungsnummer

PlusPunktRente (Tarif 2018)

Ja Nein

Antrag auf Betriebsrente wegen

(einschließlich PlusPunktRente)

Altersrente

Erwerbsminderungsrente

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus und fügen Sie die benötigten Unterlagen in Kopie bei.
Nicht beantwortete Fragen gelten als verneint.

A Angaben zur versicherten Person

Titel, Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Nationalität
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	E-Mail
Steueridentifikationsnummer	
Name des Geldinstitutes	
IBAN: _____	
BIC: _____	

B Antragstellung in Vertretung der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht beifügen)	<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in (bitte Nachweis beifügen, z. B. Betreuerausweis)
Titel, Name, Vorname	Telefonnummer
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

C Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

1. Beziehen Sie eine Leistung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine beantragt? ja nein
2. Wann ist/war der Rentenbeginn? _____
3. Postabrechnungsnummer (PANR) Postrentennummer (PRNR)
_____ (3-stellig) _____ (14-stellig)
(Diese finden Sie in Ihrem Rentenbescheid.)

D Sonstige Angaben

1. Waren Sie aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses oder als Begünstigte/r eines Versorgungsausgleichs auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) des öffentlichen oder kirchlichen Dienstes versichert? ja nein
Name der Zusatzversorgungseinrichtung:

Versicherungsnummer:

Pflichtversicherungszeit bei einer anderen ZVE (von – bis)

Wurden die Beiträge von dieser Zusatzversorgungseinrichtung erstattet? ja nein
2. Trat der Rentenfall aufgrund eines Arbeitsunfalls ein? ja nein
3. Wurde der Rentenfall durch einen Dritten verursacht? ja nein
4. Haben Sie nach dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von Ihrer Krankenkasse Krankengeld erhalten? ja nein
5. Sofern Sie nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind: Beziehen Sie neben Ihrer ZMV-Betriebsrente weitere Einkünfte (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbare Einkünfte)? ja nein
6. Das Beschäftigungsverhältnis endet am _____.

Hinweis: Wenn Sie während Ihrer Pflichtversicherung bei der ZMV Mutterschutzzeiten vor dem Jahr 2012 zurückgelegt haben, können Sie die Berücksichtigung dieser Zeiten mit dem Vordruck zmv092 beantragen (Internet: www.vmv-zusatzversorgung.de/leistungen/downloads).

E Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

- Ich bin Mitglied in einer:
- gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse (z. B. AOK, BARMER, BKK etc.) pflichtversichert
Name und Anschrift der Kranken-/Pflegekasse freiwillig versichert

Ich habe/hatte Kinder (Elterneigenschaft). ja nein
- privaten Kranken-/Pflegeversicherung
(bitte Nachweis beifügen: z. B. Beitragsnachweis, Versicherungsschein)

Angaben zu dem/den Kind/ern unter 25 Jahre (zum Rentenbeginn)

Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG):

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung vermindert sich für Eltern mit **mehreren Kindern unter 25 Jahren ab dem 1. Juli 2023**. Für das zweite bis fünfte Kind unter 25 Jahren verringert sich der Beitragssatz um jeweils 0,25 Prozentpunkte.

Bitte reichen Sie für jedes Kind unter 25 Jahren zum Rentenbeginn die entsprechenden Geburtsurkunden in Kopie ein.

1. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Kindschaftsverhältnis
2. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Kindschaftsverhältnis
3. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Kindschaftsverhältnis
4. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Kindschaftsverhältnis
5. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Kindschaftsverhältnis

F Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Anzeigepflichten zur Kenntnis genommen habe und beachten werde;
- die Erwerbsminderung nicht vorsätzlich herbeigeführt habe.

Mir ist bekannt,

- dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die ZMV sich gegenseitig über die Rentenbezüge und das zugrundeliegende Versicherungsverhältnis Auskünfte erteilen;
- dass die ZMV sofort benachrichtigt werden muss, wenn nach Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren (siehe Anzeigepflichten);
- dass überzahlte Rentenbeträge an die ZMV zurückzuzahlen sind.

Für Rentenzahlungen, die mir nach meinem Ableben nicht mehr zustehen, aber von der ZMV überwiesen werden, beauftrage ich das jeweils kontoführende Institut, mit Wirkung auch für meine Erben, diese an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Bei der Rentenzahlung entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut – auch mit Wirkung für meine Erben – gegenüber der ZMV insoweit vom Bankgeheimnis, als dass dies für die Korrespondenz dieses Geldinstituts zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der der ZMV 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 <http://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise>.

Ort Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

- Anlagen: Vollmacht/Betreuerausweis (wenn B gefüllt)
- Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung (Deckblatt und Folgeseiten, Anlagen "Berechnung der Rente" und "Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte")
(wenn C1 mit ja beantwortet)
- Antrag Überleitung (wenn D1 mit ja beantwortet)
- Nachweis Unfallkasse/Berufsgenossenschaft (wenn D2 mit ja beantwortet)
- Abtretungserklärung und Ermittlungsfragebogen (wenn D3 mit ja beantwortet)
- Bescheinigung über Krankengeld (wenn D4 mit ja beantwortet)
- Nachweise Einkünfte (wenn D6 mit ja beantwortet)
- Anlage Arbeitgeber
- Anlage PlusPunktRente (Tarif 2018)
- _____

Wichtig: Bitte verwenden Sie ausschließlich das PDF-Format, wenn Sie uns Ihre Unterlagen per E-Mail zusenden. Leider können wir Bilddateien nicht verarbeiten.

Anlage - Arbeitgeber

1. Ist der/die Versicherte aus Anlass des Eintritts des Versicherungsfalles (z. B. gesetzlicher Rentenbeginn) aus dem Beschäftigungsverhältnis ausgeschieden?

- ja, mit Ablauf des: _____
- nein, das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird beendet zum: _____
- nein, das Beschäftigungsverhältnis ruht wegen: _____

2. Ist die Abmeldung aus der Zusatzversorgung beigefügt?

- ja nein, wurde/wird zum _____ gemeldet

3. Soweit hier bekannt ist, hat der/die Versicherte über den Rentenbeginn hinaus Krankengeld aus der Krankenversicherung erhalten?

- ja nein

4. Der/Die Versicherte hat aus dem Beschäftigungsverhältnis Arbeitsentgelt erhalten, bis einschließlich _____.

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung bestand bis einschließlich _____.

Tariflicher Anspruch auf Krankengeldzuschuss bestand bis einschließlich _____.

Hinweise:

- das Bestehen des Anspruches genügt, auch wenn keine Zahlung erfolgt ist
- nicht über den Beginn der Rente wegen Erwerbsminderung oder wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung hinaus
- vgl. § 62 Absatz 2 Satz 4 und 5 ZMV-Satzung

5. Wird Ersatzanspruch auf die Betriebsrente geltend gemacht?

ja nein

wenn ja, wegen vorschussweise gezahlter Krankenbezüge

auf den Betrag von _____

nach Abzug der Ersatzleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

für den Zeitraum vom _____ bis _____

Der Anspruchsübergang kann nur für die im selben Zeitraum zustehende Betriebsrente geltend gemacht werden.

aus sonstigen Gründen

Hinweis:

Wird Ersatzanspruch aus sonstigen Gründen erhoben, ist eine Abtretungserklärung des Antragstellers/der Antragstellerin mit Betragsangabe erforderlich.

Bankverbindung für die Überweisung des Ersatzanspruchbetrages

IBAN

BIC

Name des Geldinstitutes

Verwendungszweck (für Überweisungsträger)

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der der ZMV 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 <http://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Name und Telefonnummer des Sachbearbeiters

Name und Telefonnummer des Ansprechpartners für Rückfragen zum Meldewesen

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber

Anlage - Antrag auf Betriebsrente aus der PlusPunktRente

Tarif 2018

(nur ausfüllen, wenn Vertragsbeginn ab 01.01.2018)

ZMV-Vertragsnummer

Ich beantrage die: Altersrente
 Erwerbsminderungsrente

Die Hinterbliebenenversorgung soll weiterhin abgesichert sein: ja
 nein

ZMV-Vertragsnummer

Ich beantrage die: Altersrente
 Erwerbsminderungsrente

Die Hinterbliebenenversorgung soll weiterhin abgesichert sein: ja
 nein

ZMV-Vertragsnummer

Ich beantrage die: Altersrente
 Erwerbsminderungsrente

Die Hinterbliebenenversorgung soll weiterhin abgesichert sein: ja
 nein

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der der ZMV 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 <http://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Ort Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

<p>Kommunale Zusatzversorgungskasse Mecklenburg-Vorpommern Am Markt 22 17335 Strasburg (Uckermark)</p>
--

ZMV-Versicherungsnummer

Bescheinigung über Krankengeld

(Ist von der **zuständigen Krankenkasse** auszufüllen.)

Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente immer von Ihrer Krankenkasse ausfüllen lassen.

Für die versicherte Person liegt ein Antrag auf Betriebsrente vor.

Die Betriebsrente ruht, wenn für einen Zeitraum ab Rentenbeginn:

- Krankengeld vom gesetzlichen Rententräger nicht oder nicht in voller Höhe zurückgefordert werden konnte (§ 50 Absatz 1 SGB V) oder
- eine Erstattung nicht erfolgt und Krankengeld - ggf. auch gekürzt - gezahlt wurde (§ 50 Absatz 2 SGB V).

Wir bitten daher um Übersendung der Abrechnung mit dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erstattung des ab Rentenbeginn gezahlten Krankengeldes.

A Angaben zur versicherten Person

Titel, Name, Vorname, ggf. Geburtsname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	

B Angaben zur Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

C Angaben zum Krankengeld

<input type="checkbox"/> Folgendes Krankengeld konnte nach Rentenbeginn vom gesetzlichen Rentenversicherungsträger nicht zurückgefordert werden (bitte Abrechnung beifügen):
oder
<input type="checkbox"/> Es erfolgte keine Erstattung. Der Rentner hat/wird nach Rentenbeginn ein ggf. gekürztes Krankengeld in folgender Höhe erhalten:
vom _____ bis _____ täglich _____ €
vom _____ bis _____ täglich _____ €
vom _____ bis _____ täglich _____ €
vom _____ bis _____ täglich _____ €
<input type="checkbox"/> Gekürztes Krankengeld wird voraussichtlich gezahlt bis: _____ .
<input type="checkbox"/> Ab Rentenbeginn (nicht Beginn der Zahlung) wurde kein Krankengeld gezahlt.

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der der ZMV 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 <http://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Name und Telefonnummer des Sachbearbeiters

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift

Anzeigepflichten der Versicherten/Rentner

Auszug aus § 48 ZMV-Satzung

(Pflichten der Versicherten und Betriebsrentenberechtigten)

(1) 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 in Textform mitzuteilen.

Insbesondere sind mitzuteilen

1. von allen Betriebsrentenberechtigten

a) die Versagung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,

b) die Beendigung der Rentenzahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung;

c) der Bezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangskrankengeld, Unterhaltsgeld und Verletztengeld;

d) der Bezug einer Teilrente

e) die Änderung der Rentenart in der gesetzlichen Rentenversicherung

sowie

2. bei Betriebsrenten aus eigener Versicherung

der Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung und die Änderung von voller in teilweise oder von teilweise in volle Erwerbsminderung und die Änderung der Höhe der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Hinzuverdienstes,

3. bei Betriebsrenten für Witwen/Witwer sowie Lebenspartner/innen im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

a) die erneute Eheschließung,

b) der Bezug von Alters- oder Erwerbsminderungsrenten aus eigener Versicherung, Ruhegehalt oder vergleichbare Dienstbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, Rentenleistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen,

4. bei Betriebsrenten für Waisen

das Ende der Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres oder der Wegfall der Unterhaltsbedürftigkeit, wenn das 18. Lebensjahr vollendet ist.

(2) Versicherte und Betriebsrentenberechtigte sind ferner verpflichtet, innerhalb einer von der Kasse zu setzenden Frist auf Anforderung Auskünfte zu erteilen sowie die erforderlichen Nachweise und Lebensbescheinigungen vorzulegen.

(3) Die Kasse kann die Betriebsrente zurückbehalten, solange der Betriebsrentenberechtigte seinen Verpflichtungen nach den Absätzen 1 und 2 oder seiner Verpflichtung, die Überleitung der Versicherung auf die Kasse zu beantragen, nicht nachkommt.

(4) Verletzen Versicherte oder Betriebsrentenberechtigte ihre Pflichten nach dieser Vorschrift, können sie sich nicht auf den Wegfall der Bereicherung berufen.

Bei Inanspruchnahme der "Riester"-Förderung für die Arbeitnehmerbeteiligung oder die PlusPunktRente ist jede Änderung mitzuteilen, die zu einer Minderung oder zum Wegfall des Zulagenanspruchs nach dem Einkommensteuergesetz ("Riester"-Förderung) führt.

Auszug aus § 202 Absatz 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch:

„Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Krankenkassenwechsel (...) anzuzeigen.“