



## 5. Angaben zum Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung – Nachweis der Elterneigenschaft\*4

Ich bin nicht bzw. war nie Mutter/Vater eines Kindes.

Ich bin bzw. war leibliche Mutter/leiblicher Vater bzw. Adoptivmutter/-vater eines Kindes.

(Als **Nachweis** füge ich eine Geburtsurkunde/Abstammungsurkunde, einen Auszug aus dem Familienbuch, einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages **oder** eine Lohnsteuerkarte mit Eintrag eines Kinderfreibetrages bzw. die Adoptionsurkunde **in Kopie** bei.)

Ich bin bzw. war leibliche Stiefmutter/-vater eines Kindes.

(Als **Nachweis** füge ich eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes bei, aus der hervorgeht, dass das Kind im Haushalt gemeldet ist bzw. war sowie eine Heiratsurkunde **oder** einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages **in Kopie**.)

Ich bin bzw. war leibliche Pflegemutter/-vater eines Kindes.

(Als **Nachweis** füge ich eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes bei, aus der hervorgeht, dass das Kind im Haushalt gemeldet ist bzw. war sowie einen Nachweis des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis **oder** einen Einkommensteuerbescheid mit Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages **in Kopie**.)

**Bei mehreren Kindern reichen die Angaben für ein Kind.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Kindes	Vorname des Kindes
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum des Kindes	Geburtsort des Kindes

## 6. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund) oder haben Sie eine solche beantragt?

Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.  
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheides (allgemeiner Teil) sowie die Anlagen "Berechnung der Rente" und "Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte" bei.)

Ich beziehe keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Ich beantrage die Betriebsrente ab \_\_\_\_\_  
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Befreiungsscheines zugunsten anderer Versorgungswerke (z. B. Ärzteversorgung) bei.)\*5

## 7. Angaben zu Vorversicherungszeiten

Sind oder waren Sie bei anderen Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen und kirchlichen Dienstes - ZVE - (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL - / kommunale oder kirchliche ZVE) versichert? \*6

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Name der ZVE	<input type="text"/>	
Versicherungsnummer bei dieser ZVE	<input type="text"/>	
Sind die Beiträge erstattet worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bei uns einen Antrag auf Überleitung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 8. Allgemeine Angaben

Haben Sie bei der ZVK eine freiwillige Versicherung abgeschlossen?  Ja  Nein

Ist der Renteneintritt auf einen Unfall zurückzuführen, den ein Dritter verursacht hat?  Ja  Nein

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?  Ja  Nein

Versicherungsnummer ZVK/ Unser Zeichen: \_\_\_\_\_

**9. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen**

	liegt bei	wird nachgereicht
• <b>Kopie</b> des kompletten Bescheides der gesetzlichen Rentenversicherung (allgemeiner Teil) inkl. der Anlagen "Berechnung der Rente" und "Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anlage Krankengeld (nur bei Erwerbsminderungsrenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ggf. eine Kopie über den Nachweis der Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Erklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers**

- a) Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche Fragen vollständig und richtig beantwortet habe.
- b) Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an die ZVK zurückzuzahlen sind. Bei einer etwaigen Rückforderung von Rentenbezügen wegen des Todes des Rentenempfängers gilt § 118 Abs. 3, 4 und 5 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der zum Todeszeitpunkt gültigen Fassung entsprechend.
- c) Mir ist bekannt, dass ich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung verpflichtet bin, der ZVK eine Verlegung meines Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts sowie jede Änderung von Verhältnissen, die sich auf meinen Anspruch auf Betriebsrente dem Grunde oder der Höhe nach auswirken können, **unverzüglich schriftlich** mitzuteilen. Insbesondere habe ich mitzuteilen:
  - die Versagung der Rente oder die Änderung der Rentenart der gesetzlichen Rentenversicherung,
  - die Beendigung oder die Änderung der Höhe der Rentenzahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
  - den Bezug von Entgeltersatzleistungen.

**Weitere Informationen zu Ihren Anzeigepflichten erhalten Sie mit dem Rentenbescheid.**

- d) Ich bin damit einverstanden, dass bestehende Vollmachten bzw. Einwilligungserklärungen im Zusammenhang mit der Beantragung der Riester-Förderung zum Ende des Jahres, in dem die Rente beginnt, erlöschen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Hinweise zum Datenschutz**

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

## Allgemeine Hinweise und Informationen

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf den Seiten 1 bis 3 vollständig und fügen Sie die erforderlichen Unterlagen bei.  
**Unterschrift nicht vergessen!**

### \*1 Steueridentifikationsnummer (Punkt 1 dieses Antrages)

Die Steueridentifikationsnummer besteht aus 11 Ziffern. Die Nummer wurde vom Bundeszentralamt für Steuern vergeben und im Jahr 2008 jeder in Deutschland gemeldeten Person mitgeteilt.

### \*2 Sozialversicherungsnummer (Punkt 1 dieses Antrages)

Die Sozialversicherungsnummer entspricht der Rentenversicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie finden sie z. B. auf Ihrem Sozialversicherungsausweis (Bsp.: 48 010150 S 001).

### \*3 Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung (Punkt 4 dieses Antrages)

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 Rentenberechtigte/n zuständige Krankenkasse zu ermitteln.

### \*4 Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung - Nachweis der Elterneigenschaft (Punkt 5 dieses Antrages)

Die Höhe des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung ist gem. § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abhängig von der Elterneigenschaft, d. h. kinderlose Rentner/innen, die ab 1940 geboren und älter als 23 Jahre sind, zahlen einen erhöhten Beitragssatz. Eltern im Sinne des SGB XI sind leibliche Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern und Pflegeeltern. Die Elterneigenschaft wird auch anerkannt, wenn das Kind verstorben ist.

**Die Elterneigenschaft muss der Zusatzversorgungskasse nachgewiesen werden.** Wir bitten Sie deshalb, Ihrem Antrag auf Betriebsrente die entsprechenden Nachweise beizufügen. Dieser Nachweis ist gegenüber der ZVK auch dann zu erbringen, wenn Sie diesen bereits gegenüber anderen Stellen (z. B. der Deutschen Rentenversicherung) abgegeben haben.

### \*5 Leistungen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (Punkt 6 dieses Antrages)

Der Rentenbeginn in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung löst keinen Versicherungsfall in der Zusatzversorgung aus. Für den Beginn der Betriebsrente aus der Zusatzversorgungskasse sind neben den satzungsrechtlichen Voraussetzungen auch die Regelungen der Sozialgesetzbücher (z. B. SGB VI) maßgeblich. Die Zusatzversorgungskasse prüft anhand dieser Vorschriften, ob der gewählte Rentenbeginn möglich ist oder die Betriebsrente erst zu einem späteren Zeitpunkt bewilligt werden kann.

### \*6 Angaben zu Vorversicherungszeiten (Punkt 7 dieses Antrages)

Anzugeben sind hier nur ZVE des öffentlichen und kirchlichen Dienstes mit denen ein Überleitungsabkommen- / statut geschlossen wurde (siehe [www.aka.de/Mitglieder/Zusatzversorgungskassen](http://www.aka.de/Mitglieder/Zusatzversorgungskassen)). Sofern Versicherungszeiten bei mehreren ZVE bestanden haben, geben Sie bitte alle ZVE (ggf. auf einem separaten Blatt) an. Die ZVK Sachsen-Anhalt prüft dann, inwiefern eine Zusammenführung der Versicherungszeiten möglich ist, ggf. ist noch ein Antrag auf Versicherungstransfer nachzuholen.

# Anlage Krankengeld

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

sollten Sie Krankengeld beziehen oder bezogen haben, ruht die Betriebsrente

- in Höhe des Betrages, um den das ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld die Rente wegen voller Erwerbsminderung oder wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung übersteigt

oder

- bei Bezug einer Betriebsrente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe des Betrages, um den das für die Zeit ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld nach § 50 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) nicht gekürzt werden kann.

Bitte lassen Sie diese Anlage von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ausfüllen und fügen sie dem Antrag auf Betriebsrente bei.

Sollten Sie weiterhin laufend Krankengeld erhalten, so teilen Sie uns bitte künftig jede Änderung des Zahlungsbetrages mit.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Zusatzversorgungskasse

## Angaben der Krankenkasse

### 1. Angaben zur/zum Versicherten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer ZVK/  
Unser Zeichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

### 2. Angaben zum Krankengeldbezug

Für die Zeit ab Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt wurde Krankengeld gezahlt:

Ja, wir legen bei:  Nein

Bei Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente oder Altersrente eine Kopie der Abrechnung über den auf § 50 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 103 SGB X beruhenden Krankengelderstattungsanspruch gegenüber dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Angabe des kalendertäglichen Bruttokrankengeldes.

Bei Bezug einer teilweisen Erwerbsminderungsrente eine Kopie der Mitteilung an das Mitglied über die Höhe des nach § 50 Abs. 2 SGB V gekürzten kalendertäglichen Bruttokrankengeldes, ergänzt um den voraussichtlichen Zeitpunkt der Erhöhung und des Wegfalls des Krankengeldes.

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in bei der zuständigen Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer Ansprechpartner/in

Ort, Datum

Unterschrift

### Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.