

Freiwillige Versicherung EZVKPlus

Antrag auf Erwerbsminderungsrente

Die Leistung aus der freiwilligen Versicherung umfasst für Beiträge bis zum 31.12.2009 eine Erwerbsminderungsrente, wenn diese Leistung nicht explizit ausgeschlossen wurde.

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname		Steuer-Identifikationsnummer																
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Straße, Hausnummer																		
PLZ	Ort	Land																
Geburtsdatum	Telefonnummer	E-Mail																

2. Angaben zur Bankverbindung (Rentenleistungen können nur auf ein Girokonto überwiesen werden)

Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers
Name und Sitz des Geldinstituts
IBAN (max. 34 Stellen)
BIC (8 - 11 Stellen)

3. Sonstige Angaben

3.1 Besteht ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund)?

☐ Ja ☐ Nein

3.2 Steht die Erwerbsminderung im Zusammenhang mit einer Schädigung, die von einem Dritten (z. B. bei einem Verkehrsunfall) verursacht worden ist?

☐ Ja ☐ Nein

4. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

- 4.1 Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche Fragen richtig und vollständig beantwortet habe.
- 4.2 Ich bin damit **einverstanden**, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung über meine dortigen Rentenbezüge und das zugrunde liegende Versicherungsverhältnis gegenüber der Evangelischen Zusatzversorgungskasse Auskunft erteilt.

4.3 Mitteilungspflichten:

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, der Kasse eine Verlegung meines Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts, eine Änderung meiner Krankenkasse oder Bankverbindung sowie jede Änderung von Verhältnissen, die meinen Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach berühren können, unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Ich bin verpflichtet, innerhalb einer von der Kasse gesetzten Frist die zur Leistungsgewährung notwendigen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Nachweise vorzulegen, wenn ich dazu aufgefordert werde.

Komme ich meiner Mitteilungs-, Auskunft-, oder Nachweispflicht nicht nach, kann die Kasse die Rentenleistung für diesen Zeitraum zurückbehalten.

Nähere Hinweise zu meinen konkreten Mitteilungspflichten sowie auf die Konsequenzen eines Unterlassens kann ich den jeweils geltenden AVB und den vor Vertragsschluss überlassenen weiteren Vertragsinformationen (z. B. in Form der Rahmenbedingungen EZVKPlus) entnehmen.

4.4 Umgang mit überzahlten Rentenleistungen:

(1) Im Leistungszeitraum:

Mir ist bekannt, dass überzahlte Rentenbeträge an die Evangelische Zusatzversorgungskasse zurückzahlen sind. Dies kann auch durch Verrechnung mit künftigen Leistungen geschehen.

(2) Im Todesfall:

Gemäß den geltenden AVB erlischt der Anspruch auf Betriebsrente der/des Betriebsrentenberechtigten mit dem Ablauf des Monats, in dem die/die Berechtigte verstorben ist. Beträge, die für einen späteren Zeitraum in Unkenntnis des Todes ausgezahlt werden, sind „überzahlte Beträge“ im Sinne dieses Abschnitts. Vor diesem Hintergrund **trete ich hiermit meinen Auszahlungsanspruch** aus dem jeweiligen Girovertrag in Höhe der überzahlten Beträge an die EZVK ab.

Ich erteile ferner der EZVK **Vollmacht**, sich die überzahlten Beträge von dem zum Zeitpunkt meines Todes kontoführenden Kreditinstitut auszahlen zu lassen bzw. **ermächtige** die EZVK, das entsprechende Guthaben mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, den entsprechenden Auftrag der EZVK auszuführen bzw. die von der EZVK auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die vorstehend abgegebenen Erklärungen sind unwiderruflich und gelten für den Fall meines Todes. Sie haben Wirkung auch gegenüber meinen Erben.

Ich entbinde das kontoführende Kreditinstitut – ebenfalls mit Wirkung für die Erben – gegenüber der EZVK **vom Bankgeheimnis**, soweit dies zur Klärung und Realisierung des Rück- bzw. Auszahlungsanspruchs der EZVK erforderlich ist, und beauftrage es, insbesondere Namen und Anschrift etwaiger neuer Kontoinhaber bzw. von Personen, die über die überzahlten Beträge verfügt haben, an die EZVK herauszugeben.

--

Ort, Datum

--

Unterschrift

5. Folgende Unterlagen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen dem Antrag beizufügen

- Das Deckblatt und die Folgeseiten des Rentenbescheids der Deutschen Rentenversicherung
- Wenn Sie nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind: amtsärztliches Gutachten über die teilweise oder volle Erwerbsminderung, die Dauer der Erwerbsminderung und den Versicherungsfall
- Anlage zum Rentenantrag (Krankenkassenpflicht)
- Vollmacht bei möglicher Vertretung durch Dritte

Anlage zum Rentenantrag

Die EZVK ist gesetzlich verpflichtet, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzuführen. Zur Prüfung der Beitragspflicht benötigen wir Angaben zu Ihrer Krankenkasse (§ 202 SGB V). Den ausgefüllten Vordruck fügen Sie bitte dem Rentenantrag bei. Bei Antrag auf Waisenrente bitten wir, für jede Waise einen gesonderten Vordruck auszufüllen.

1. Von der Antragstellerin/dem Antragsteller auszufüllen

Versichertennummer EZVK

1.1 Persönliche Angaben

Name			Vorname	
Sozialversicherungsnummer				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl		Ort		
Land		Geburtsdatum		
Telefon		E-Mail		

1.2 Angaben zur Elterneigenschaft

Mit der Einführung des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes haben kinderlose Versicherte nach § 55 Abs. 3 SGB XI einen Beitragszuschlag für die Pflegeversicherung zu leisten. Sofern für Sie die Elterneigenschaft gegeben ist, bitten wir Sie, uns einen Nachweis (z. B. Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde, Kindergeldbescheid) einzureichen.

1.3 Angaben zu weiteren Betriebsrenten (Die Rente der Deutschen Rentenversicherung ist nicht anzugeben)

Ich erhalte neben der Betriebsrente der EZVK weitere Betriebsrenten von anderen Stellen (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder – VBL, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskassen, Pensionskasse) oder habe solche beantragt.

☐ nein ☐ ja, von

1.4 Angaben zur Krankenkasse

Sie sind ☐ bei einem privaten oder ausländischen Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Name und Ort des privaten Krankenversicherungsunternehmens

☐ Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, BKK, IKK, landwirtschaftliche Kasse) und dort

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert versichert seit

Name der gesetzlichen Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse Postleitzahl Ort

1.5 Angaben zum Krankengeld

Sofern Sie eine Erwerbsminderungsrente beantragen/beziehen, sind die Angaben unter Punkt 2. von Ihrer Krankenkasse auszufüllen. Bitte reichen Sie das Formular an Ihre zuständige Krankenkasse weiter.

Bei einem Antrag auf Altersrente sind die Angaben durch die Krankenkasse ausschließlich dann notwendig, wenn ab dem Rentenbeginn ein Krankengeldbezug vorliegt.

Ort, Datum	Unterschrift (Antragstellerin/Antragsteller, Vertreter)

2. Von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen

Name		Vorname	
Sozialversicherungsnummer			

2.1 Angaben zum Krankengeldbezug

Wurde/Wird für die Zeit nach dem Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt Krankengeld gezahlt?

☐ nein

☐ ja ab _____

Wenn ja, benötigen wir die Daten der Abrechnung des Erstattungsanspruchs mit der Deutschen Rentenversicherung nach § 103 SGB X in Verbindung mit § 50 SGB V.

Bitte geben Sie – sofern ein **gekürztes Krankengeld** gezahlt wurde – den entsprechenden Zeitraum und die tägliche Bruttohöhe des Krankengeldes an.

von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€
von:	bis:	Betrag	€

Wird weiterhin Krankengeld gezahlt?

☐ nein

☐ ja, bis zum:

2.2 Bestätigung der Krankenkasse

Betriebsnummer der			
PLZ, Ort		Telefon	
Datum, Unterschrift			
Dienstsiegel/ Stempel			

Zahlstellenummer der EZVK: 108 017 49

Zurück an

Evangelische Zusatzversorgungskasse
Holzhofallee 17 a
64295 Darmstadt