Kommunale Zusatzversorgungskasse Mecklenburg-Vorpommern
Sonderkasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zukunft Miteinander Vorsorge
ZMV

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

ZMV-Aktenzeichen

PlusPunktRente

☐ ja ☐ nein

Antrag auf Betriebsrente als

(einschließlich PlusPunktRente)

☐ Altersrente
☐ Erwerbsminderungsrente

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus und fügen Sie die benötigten Unterlagen in Kopie ohne Heft- und Büroklammern 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-Adresse
Steueridentifikationsnummer	

Bankverbindung der versicherten Person (eigenes Konto):

Bank: _____

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

B Antragstellung in Vertretung der versicherten Person

☐ Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht beifügen)

☐ gesetzliche/r Vertreter/in (bitte Nachweis beifügen, z. B. Betreuerausweis)

Titel, Name, Vorname	Telefonnummer
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

zmv065-26-10

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) ☐☐☐ (3-stellig)
   Postrentennummer (PRNR) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (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 Dritte verursacht? ☐ ja ☐ nein
4. Haben Sie nach dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von Ihrer Krankenkasse Krankengeld erhalten? ☐ ja ☐ nein
5. Wenn Sie nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind: Beziehen Sie neben Ihrer ZMV-Betriebsrente weitere Einkünfte (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbare Einkünfte)? ☐ ja ☐ nein

E Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied in einer:

☐ gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse (z. B. AOK, BARMER, BKK)

Name der Kranken-/Pflegekasse

_____

Ich habe/hatte Kinder (Elterneigenschaft). ☐ ja ☐ nein

☐ privaten Kranken-/Pflegeversicherung
(bitte Nachweis beifügen: z. B. Beitragsnachweis, Versicherungsschein)

Name der Kranken-/Pflegeversicherung

_____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ZMV-Aktenzeichen _____

F Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- die Anzeigepflichten (Informationsblatt 2) 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 unverzüglich benachrichtigt werden muss, wenn nach Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch nach Grund oder Höhe berühren (siehe Informationsblatt 2);
- 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 ZMV zurückzuüberweisen, 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 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 Aufgaben, die der ZMV übertragen sind, werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.
Informationen zum Datenschutz und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der folgenden Internetseite: https://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise.

Ort	Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Ort	Datum	Unterschrift der Mitkontoinhaberin/des Mitkontoinhabers

Anlagen:

- ☐ Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung (Deckblatt und Folgeseiten, Anlagen „Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte“, „Berechnung der Rente“ und „Berechnung des monatlichen Zahlbetrags“) (wenn C1 mit ja beantwortet)
- ☐ Vollmacht (wenn in B Bevollmächtigte/r angekreuzt)
- ☐ Betreuerausweis oder sonstiger Nachweis der gesetzlichen Vertretung (wenn in B gesetzliche/r Vertreter/in angekreuzt)
- ☐ Antrag auf 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 über Einkünfte (wenn D5 mit ja beantwortet)
- ☐ Anlage – Arbeitgeber
- ☐ Anlage – Antrag auf Betriebsrente aus der PlusPunktRente (Tarif 2018)
- ☐ _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ZMV-Aktenzeichen _____

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: _____

   ☐ nein, das Beschäftigungsverhältnis wird nicht beendet.

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

Bankverbindung für die Überweisung des Ersatzanspruchsbetrages

IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	
Verwendungszweck (für Überweisungsträger)	

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der Aufgaben, die der ZMV übertragen sind, werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.
Informationen zum Datenschutz und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der folgenden Internetseite: https://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise.

_____ _____
Name der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters Telefonnummer

_____ _____
Name der Ansprechperson für Rückfragen zum Meldewesen Telefonnummer

_____ _____ _____
Ort Datum Stempel, Unterschrift Arbeitgeber

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ZMV-Aktenzeichen _____

Anlage – Antrag auf Betriebsrente aus der PlusPunktRente

Tarif 2018

(nur ausfüllen, wenn Vertragsbeginn ab 1. Januar 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 Aufgaben, die der ZMV übertragen sind, werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.
Informationen zum Datenschutz und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der folgenden Internetseite: https://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise.

Ort	Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

zmv065-26-10

Kommunale Zusatzversorgungskasse Mecklenburg-Vorpommern
Sonderkasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zukunft Miteinander Vorsorge
ZMV

ZMV-Aktenzeichen

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

Bescheinigung über Krankengeld

(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 Rentenversicherungsträger 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

zmv065-26-10

C Angaben zum Krankengeld

☐ Folgendes Krankengeld konnte nach Rentenbeginn vom Rentenversicherungsträger nicht zurückgefordert werden (bitte Abrechnung beifügen):

oder

☐ Es erfolgte keine Erstattung. Die versicherte Person hat nach Rentenbeginn ein ggf. gekürztes Krankengeld in folgender Höhe erhalten bzw. wird es erhalten:

vom _____ bis _____ täglich _____ €

vom _____ bis _____ täglich _____ €

vom _____ bis _____ täglich _____ €

vom _____ bis _____ täglich _____ €

☐ Gekürztes Krankengeld wird voraussichtlich gezahlt bis: _____

☐ Ab Rentenbeginn (nicht Beginn der Zahlung) wurde kein Krankengeld gezahlt.

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der Aufgaben, die der ZMV übertragen sind, werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.
Informationen zum Datenschutz und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der folgenden Internetseite: https://www.zmv-strasburg.de/datenschutz-hinweise.

_____ _____

Name der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters | Telefonnummer

_____ _____ _____

Ort | Datum | Stempel, Unterschrift

zmv065-26-10

Zukunft Miteinander Vorsorge
ZMV

Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Bezug einer Betriebsrente

(Diese Regelungen gelten auch für die PlusPunktRente, wenn ein freiwilliger Vertrag bei uns abgeschlossen wurde.)

Von der Betriebsrente sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von der ZMV einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen. Die Entscheidung über eine Beitragspflicht obliegt der zuständigen Krankenkasse. Änderungen in der Beitragspflicht sind während des gesamten Versorgungsbezugszeitraumes möglich.

Wird die Betriebsrente wegen Geringfügigkeit einmalig abgefunden, meldet die ZMV die Höhe der Abfindung/Kapitalisierung an die zuständige Krankenkasse. In diesem Fall setzt sich die Krankenkasse für die Zahlung der Beiträge mit den Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentnern in Verbindung.

Bei Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ist der Teil der Betriebsrente beitragsfrei, der auf Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes (staatlich geförderte Altersvorsorge) beruht.

Krankenversicherung für gesetzlich Pflichtversicherte

Es gilt der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung zuzüglich des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Diese Beiträge sind von den Rentnerinnen und Rentnern allein zu tragen.

Übersteigt der beitragspflichtige Teil der Betriebsrente die **Freibetragsgrenze** in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße, sind nur für den übersteigenden Betrag Krankenkassenbeiträge zu zahlen. Werden mehrere Betriebsrenten bezogen, wird der Freibetrag nur einmal berücksichtigt. Über die Berücksichtigung und die Höhe des Freibetrages bei Mehrfachbezug entscheidet die Krankenkasse und teilt dies der ZMV mit.

Pflegeversicherung für gesetzlich Pflichtversicherte

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung ist gesetzlich festgelegt. Kinderlose zahlen zusätzlich einen Beitragszuschlag. Eltern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren erhalten ab dem zweiten Kind einen Beitragsabschlag. Die jeweils geltenden Beitragssätze erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

Von Betriebsrenten, deren beitragspflichtiger Teil die Geringfügigkeitsgrenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße unterschreitet, werden keine Beiträge zur Pflegeversicherung einbehalten. Übersteigt der beitragspflichtige Teil der Betriebsrente diesen Wert, werden für die gesamte Betriebsrente Pflegeversicherungsbeiträge berechnet. Einen Freibetrag gibt es für diese Beiträge nicht.

Kranken- und Pflegeversicherung für freiwillig Versicherte in einer gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse

Freiwillig gesetzlich versicherte Rentnerinnen und Rentner führen die Beiträge selbst ab. Die ZMV meldet die Höhe des Versorgungsbezuges an die Krankenkasse.

Kranken- und Pflegeversicherung für privat Versicherte

Privat versicherte Rentnerinnen und Rentner sind für die Beitragszahlung selbst verantwortlich. Eine Meldung an die private Krankenversicherung erfolgt nicht.

Zu Ihrer Information – Für Ihre Unterlagen

zmv065-26-10

Anzeigepflichten bei Bezug einer Betriebsrente

§ 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, 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 teilweiser 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) eine Eheschließung oder Begründung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes,
   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.

§ 202 Absatz 1 Satz 4 SGB V (Meldepflichten bei Versorgungsbezügen)

„Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.“

Hinweis bei staatlich geförderter Altersvorsorge

Bei Inanspruchnahme der staatlich geförderten Altersvorsorge für die Arbeitnehmerbeteiligung oder die PlusPunktRente ist jede Änderung mitzuteilen, die zu einer Minderung oder zum Wegfall des Zulagenanspruchs nach dem Einkommensteuergesetz führt.

Zu Ihrer Information – Für Ihre Unterlagen

zmv065-26-10