

Anlage 2. Ergänzende Angaben des Arbeitgebers bei Erwerbsminderung.

Bei einem Antrag auf Altersrente nicht erforderlich.

VBL-Versicherungsnummer
(z. B. aus der Anmeldebestätigung ersichtlich)

Name der Antragstellerin/des Antragstellers

Vorname(n) der Antragstellerin/des Antragstellers

Fragen zum Beschäftigungsverhältnis.

- 1 Ist die/der Versicherte aus dem Arbeitsverhältnis, das der Pflichtversicherung zu Grunde lag, ausgeschieden bzw. scheidet er aus

ja

nein

Zeitpunkt des Ausscheidens

Tag | Monat | Jahr

oder ruht das Arbeitsverhältnis?

ja

nein

Beginn des Ruhens

Tag | Monat | Jahr

- 2 Die Abmeldung

ist bereits erfolgt

wird noch übermittelt

- 3 Steht der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die von einem Dritten (z. B. bei einem Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Behandlungsfehler) verursacht worden ist?

ja

nein

Zeitpunkt der Schädigung

Tag | Monat | Jahr

Die Fragen 4 und 5 sind nur zu beantworten, wenn die/der Versicherte **keine** Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhält.

- 4 Laufendes Arbeitsentgelt, Krankenbezüge, Krankengeldzuschuss – auch soweit der Krankengeldzuschuss wegen der Höhe der Barleistungen des Sozialversicherungsträgers nicht gezahlt worden ist – hat zugestanden bis

Tag | Monat | Jahr

- 5 Die/der Versicherte ist/war nach Beendigung des unter 1. genannten Arbeitsverhältnisses weiterhin bzw. erneut bei uns beschäftigt oder sie/er erhält während des Ruhens des Arbeitsverhältnisses laufendes Arbeitsentgelt

ja

vom

Tag | Monat | Jahr

bis

Tag | Monat | Jahr

nein

Höhe des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts

,

Euro

Ersatzanspruch des Arbeitgebers.

- 6 Wurden oder werden vorschussweise Krankenbezüge gezahlt? ja vom Tag | Monat | Jahr bis Tag | Monat | Jahr
 nein
- Auf die Betriebsrente wird Ersatzanspruch geltend gemacht ja nein In Höhe von , Euro

Bankverbindung des Arbeitgebers bzw. der abrechnenden Stelle.

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Geldinstitut (Name, Ort)

Name Kontoinhaber/-in bzw. Bezeichnung

Im Überweisungsträger ist folgender Verwendungszweck anzugeben:

Es stehen nur 20 Felder zur Verfügung. Der Buchungshinweis ist daher in sinnvoll gekürzter Form so einzutragen, dass eine korrekte Buchung erfolgen kann. **Zusätzlich werden im Überweisungsträger ausgedruckt:** Name, Vorname und Geburtsdatum der/der/des Versicherten.

Die Mitteilung über die Erstattung des Ersatzanspruches ist an folgende Anschrift zu senden:

Dienststelle

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Gegebenenfalls auch Kurzbezeichnung der letzten Beschäftigungsstelle angeben. Es kann nur ein Empfänger berücksichtigt werden. Wenn Sie keine Anschrift angeben, wird die Mitteilung an die Stelle übersandt, die den Antrag im Teil B unterzeichnet hat.

- 7 Im Interesse der Antragstellerin/des Antragstellers achten Sie bitte darauf, dass
- alle Fragen des Antrags vollständig beantwortet sind,
 - der Antrag, sowie alle Anlagen unterschrieben sind,
 - alle Anlagen in Kopie beigelegt sind.

Um eventuell erforderliche Rückfragen schnell und direkt klären zu können, bitten wir um folgende Angaben:

Personalnummer der/des Versicherten

Telefon-Nr./Durchwahl der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Fax-Nummer der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Anlagen des Arbeitgebers

Ansprechpartner

Frau/Herr

Dienstsiegel/Stempel

Für die Richtigkeit

Ort, Datum Unterschrift