

Ergänzende Angaben des Arbeitgebers zum Antrag auf Betriebsrente für Versicherte ohne Anspruch auf gesetzliche Rente. Anlage 2.

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

Name der Antragstellerin/des Antragstellers

Vorname(n) der Antragstellerin/des Antragstellers

Vom Arbeitgeber auszufüllen.

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 Wurde mit der/dem Pflichtversicherten Altersteilzeit vereinbart?

 ja nein

Zeitpunkt der Vereinbarung

Tag | Monat | Jahr

Beginn der Altersteilzeit

Tag | Monat | Jahr

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

 ja nein

Falls ja:

Zeitpunkt der Schädigung

Tag | Monat | Jahr

5 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

6 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 bis
 nein

Tag | Monat | Jahr

Tag | Monat | Jahr

Höhe des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts

 , Euro

7 Wurden oder werden vorschussweise Krankenbezüge gezahlt?

 ja vom bis
 nein

Tag | Monat | Jahr

Tag | Monat | Jahr

Auf die Betriebsrente wird Anspruch erhoben

 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/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.

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 beigefügt 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

Abmeldung

Ansprechpartner

Frau/Herr

Dienstsiegel/Stempel

Für die Richtigkeit

Ort, Datum

Unterschrift