

## HINWEISBLATT ZUR ANTRAGERSTELLUNG

### WICHTIGE TIPPS ZUM ANTRAG

Dieser Antrag kann von der **versicherten Person** selbst oder von einer **vertretungsberechtigten Person** ausgefüllt werden.

Die **versicherte Person** ist die Person, die die Rente erhalten soll.

**Vertretungsberechtigte Personen** sind zum Beispiel **Betreuerinnen oder Betreuer, Bevollmächtigte oder Behörden**, die sich um die Belange der versicherten Person kümmern.

Als **vertretungsberechtigte Personen sind Sie die Stimme der versicherten Person**. Bitte beantworten Sie daher die Fragen anstelle der versicherten Person in der Ich-Form.

Bitte senden Sie uns alle **Unterlagen als Kopie** und **nicht im Original**. Ihre Unterlagen werden von uns elektronisch archiviert und anschließend **vernichtet**.

### CHECKLISTE

- Haben Sie den Antrag auf Alters- oder Erwerbsrente **vollständig** ausgefüllt? (frühestens drei Monate vor Rentenbeginn)
- Haben Sie die Seiten 3 und 7 des Antrags unterschrieben?
- Haben Sie die **folgenden Seiten und Anlagen** des Rentenbescheids der Deutschen Rentenversicherung kopiert und **beigefügt**?
  - Anschreiben und die Folgeseiten des Rentenbescheids
  - Anlage Berechnung der Rente
  - Anlage Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte
  - Anlage Zusammentreffen von Rente und Einkommen (falls vorhanden)
  - Anlage Hinweise zum Rentenbescheid
- Wenn Krankengeld nach Rentenbeginn gezahlt wurde: Haben Sie Anlage 2 des Antrags beigefügt oder der Krankenkasse zur Vervollständigung weitergeleitet?

### SO ERREICHT UNS IHR ANTRAG

**Mit der Post:** Legen Sie diesen Antrag zusammen mit Ihren Belegen und Nachweisen einfach in einen Umschlag mit Fenster und verwenden Sie den Briefkopf auf der ersten Seite des Rentenanspruchs als Adressfeld. **Bitte heften Sie keine Seiten zusammen.**

**Mit einer E-Mail:** Bitte scannen Sie dazu Ihren unterschriebenen Antrag ein. Schicken Sie ihn uns zusammen mit den erforderlichen Unterlagen gerne per E-Mail an [kontakt@kzv.de](mailto:kontakt@kzv.de). Bitte geben Sie **im Betreff Ihre Versicherungs-Nr.** an.

**Online:** Besonders einfach stellen Sie Ihren Rentenanspruch, wenn Sie sich in unserem Kundenportal [Meine KZVK registrieren](#). Im persönlichen Kundenbereich sind Ihre **Versicherungsdaten** bereits vorausgefüllt und die notwendigen Nachweise können direkt mit hochgeladen werden.

**So erreichen Sie uns:** Wenn Sie Fragen haben oder wir Sie beim Antrag unterstützen können, rufen Sie uns einfach an oder schreiben Sie uns. Sie erreichen uns telefonisch unter 0221 2031-590 oder per E-Mail an [kontakt@kzv.de](mailto:kontakt@kzv.de).



Kirchliche Zusatzversorgungskasse  
des Verbandes der Diözesen Deutschlands  
Postfach 102064  
50460 Köln

## ANTRAG AUF ALTERS- ODER ERWERBSMINDERUNGSRENTE

SEITE 1

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

Hinweis: Sie können Ihren Antrag auf Alters- oder Erwerbsminderungsrente **frühestens drei Monate vor Ihrem geplantem Rentenbeginn** stellen.

geplanter Rentenbeginn:

--

### 1. Angaben zur versicherten Person

Name:

--

Vorname:

--

Geburtsname:

--

Geburtsdatum (TTMMJJJJ):

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

Straße, Hausnummer:

--

PLZ:

--

Ort:

--

**persönliche** Steuer-Identifikations-Nr.

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

**persönliche** Sozialversicherungs-Nr.

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

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

**Freiwillige Angaben für Rückfragen:**

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

**2. Angaben zur vertretungsberechtigten Person**

Bitte machen Sie hier Angaben, wenn Sie den Antrag auf Alters- oder Erwerbminderungsrente nicht für sich selbst stellen.

Dieser Antrag wird durch folgende vertretungsberechtigte Person gestellt:

Bevollmächtigte Person

Bitte fügen Sie eine Vollmacht bei.

Betreuer/in bzw. Behörde

Bitte fügen Sie eine Kopie des amtlichen Nachweises bei.

Name und Anschrift der bevollmächtigten Person oder Betreuer/in bzw. Behörde:

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:



Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

#### 4. Angaben zur Krankenkasse

Wir sind verpflichtet, Ihre zuständige Krankenkasse über die Aufnahme der Rentenzahlung an Sie zu informieren. Deshalb brauchen wir folgende Angaben von Ihnen:

Ich bin bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert (z. B. AOK, IKK, BKK, DAK).

Name der Krankenkasse:

**Haben oder hatten Sie Kinder?** (leibliches Kind, Stiefkind, Adoptivkind, Pflegekind)

Ja

**Wenn ja:** Falls Sie **keine** Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, fügen Sie bitte Nachweise bei (z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde).

Nein

Ich bin bei einer **privaten Krankenversicherung** versichert.

Name der privaten Krankenversicherung:

#### 5. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung

Erhalten Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine beantragt (z. B. der Deutschen Rentenversicherung Bund)?

Ja

**Wenn ja:** Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheids **mit folgenden Seiten und Anlagen** bei:

- Anschreiben und die Folgeseiten des Rentenbescheids
- Anlage Berechnung der Rente
- Anlage Berechnung der persönlichen Entgeltpunkte
- Anlage Zusammentreffen von Rente und Einkommen (falls vorhanden)
- Anlage Hinweise zum Rentenbescheid

Nein

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

## 6. Angaben zum Mutterschutz

Bestand während einer Pflichtversicherung bei einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen oder kirchlichen Dienstes Mutterschutz?

 Ja

**Wenn ja:** Die Berücksichtigung dieser Zeiten wird hiermit beantragt. Bitte fügen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde oder einen Nachweis der Mutterschutzzeiten bei (z. B. entsprechende Seite des Versicherungsverlaufs der gesetzlichen Rentenversicherung).

 Nein

## 7. Weitere Angaben

1. Beantragen Sie eine Rente wegen einer Erwerbsminderung, die im Zusammenhang mit einer Schädigung durch Dritte steht (z. B. durch einen Unfall)?

 Ja

**Wenn ja:** Bitte Unfallbericht beifügen.

 Nein

2. Erhalten oder erhielten Sie für Zeiten nach dem Beginn Ihrer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Krankengeld von Ihrer Krankenkasse?

 Ja

**Wenn ja:** Bitte lassen Sie die Anlage 2 von Ihrer Krankenkasse ausfüllen

 Nein

3. Haben Sie seit Beginn Ihrer Alters- oder Erwerbsminderungsrente ein Einkommen aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit?

 Ja

**Wenn ja:** Bitte füllen Sie die Anlage 3 aus, wenn Sie keine **Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung** erhalten und fügen Sie diese dem Antrag bei.

 Nein

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

4. Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert (z. B. kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse, Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder)?

Ja  
 Nein

**Wenn ja:**

Die Überleitung/Anerkennung wurde bereits bei der KZVK beantragt.

Hiermit beantrage ich die Überleitung/Anerkennung für folgende Zeiten:

Zeitraum (TT.MM.JJJJ)

von:	bis:	Zusatzversorgungseinrichtung:	Versicherungs-Nr.:

5. Erhalten Sie bereits eine Rente von der Kirchlichen Zusatzversorgungskasse oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung? Oder haben Sie eine solche Rente beantragt?

Ja  
 Nein

**Wenn ja:**

Bitte geben sie die Zusatzversorgungseinrichtung, die Versicherungs-Nr. und den Rentenbeginn an.

Zusatzversorgungseinrichtung:	Versicherungs-Nr.:	Rentenbeginn (TT.MM.JJJJ):

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

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

## 8. Erklärung der versicherten Person/der vertretungsberechtigten Person

### Ich erkläre, dass

- alle Angaben richtig und vollständig sind.
- ich/die versicherte Person mit der Befriedigung des Ersatzanspruchs des letzten Arbeitgebers einverstanden bin/ist (bitte beachten Sie hierzu Punkt 3 der Anlage Arbeitgeber zum Antrag auf Rentenleistung).
- ich/die versicherte Person einverstanden bin/ist, dass die KZVK über Änderungen bei der gesetzlichen Rente informiert wird.
- ich/die versicherte Person der KZVK sofort Mitteilung mache/macht, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Rentenanspruch – auch rückwirkend – nach Grund oder Höhe berühren. Weitere Informationen zu den Pflichten der Versicherten und der Rentenberechtigten finden Sie in § 48 Kassensatzung und in den Hinweisen Ihrer Rentenmitteilung, die Sie noch erhalten.

## 9. Personenbezogene Daten

Die KZVK verarbeitet grundsätzlich nur die für die Auszahlung der Betriebsrente erforderlichen personenbezogenen Daten. Bei Vorlage des vollständigen Rentenbescheids der gesetzlichen Rentenversicherung ist nicht auszuschließen, dass wir mit personenbezogenen Daten in Berührung kommen, die zur Bearbeitung des Rentenanspruchs nicht erforderlich sind. Das können folgende Daten sein:

- Versicherungszeiten der Sozialversicherung außerhalb der Versicherungszeiten in der Zusatzversorgung
- Entgeltzeiten der Sozialversicherung

Die Kopie wird von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und es werden nur die Daten verarbeitet, die wir tatsächlich für Ihre Antragstellung benötigen. Sie wird an keine dritten Stellen weitergegeben und verbleibt innerhalb der KZVK.

Mit der Übersendung aller Anlagen zum Rentenbescheid erteilen Sie der KZVK die Einwilligung, die Kopie des komplett eingereichten Rentenbescheids wie vorstehend zu verwenden.

Weitergehende Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen auf unserer Internetseite unter [www.kzv.de/datenschutz](http://www.kzv.de/datenschutz).

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person/  
vertretungsberechtigten Person