
Merkblatt für die freiwillige Versicherung und Zusatzrente „MehrWert“ (Tarif 2022)

Stand: 01.01.2022

A. Das Versicherungsverhältnis

Die Kasse erbringt im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung Versicherungsleistungen an die Beschäftigten ihrer Beteiligten nach Maßgabe der Kassensatzung, die beim Arbeitgeber oder im Internet unter www.kzv.de eingesehen werden kann. Satzungsänderungen werden jeweils im Amtsblatt des Erzbistums Köln veröffentlicht.

1. Wer kann eine freiwillige Versicherung abschließen?

Die Versicherung kann von jeder/jedem Beschäftigten (Arbeitnehmer/in, Auszubildende/r) sowie von jedem Beteiligten für seine Beschäftigten abgeschlossen werden.

- **Versicherungsnehmer/in** ist in der Regel der/die Beschäftigte, oder der/die Beschäftigte bei Zahlung von Eigenbeiträgen sowie bei Fortführung der freiwilligen Versicherung.
- **Versicherte/r** ist stets die/der Beschäftigte.
- **Rentenberechtigte/r** ist die/der Versicherte und ihre/seine Hinterbliebenen.

Hinterbliebene sind Witwen/Witwer und Waisen (nur leibliche und angenommene Kinder sowie Pflegekinder im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 2 EStG) des/der Versicherten.

2. Wie kommt die Versicherung zustande?

Die Versicherung kommt auf Antrag in Textform des/der Beschäftigten oder Beteiligten mit Zugang des Versicherungsscheins zustande. Abweichungen vom Antrag, die im Versicherungsschein deutlich gekennzeichnet sind, gelten als genehmigt, wenn der/die Versicherungsnehmer/in nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

3. Wie kann die Versicherung geändert werden?

Änderungen der Versicherung müssen von dem/der Versicherungsnehmer/in in Textform beantragt werden, soweit dieses Merkblatt nichts anderes vorsieht. Über jede Änderung - ausgenommen sind Beitragsänderungen - erhält der/die Versicherungsnehmer/in (vgl. Ziffer 1) einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

4. Welche Leistungen können vereinbart werden?

Die Leistungen umfassen Altersrente, Erwerbsminderungsrente und Hinterbliebenenrente. Die Leistungen bei Erwerbsminderung können bei Abschluss der Versicherung oder zu einem späteren Zeitpunkt auf Antrag in Textform mit

Wirkung für die Zukunft ausgeschlossen werden. Ausgeschlossene Leistungen können auf Antrag in Textform mit Wirkung für die Zukunft wieder eingeschlossen werden, wenn nicht bereits der Versicherungsfall Erwerbsminderung eingetreten ist. Änderungen des Risikos sind jeweils frühestens mit dem Ersten des auf den Eingang des Antrags folgenden Kalendermonats möglich.

5. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt mit dem Ersten des Monats, der im Antrag bestimmt wird, frühestens mit dem Ersten des Monats in dem der Antrag eingegangen ist. Zu diesem Zeitpunkt muss das Beschäftigungsverhältnis bestehen. Der Versicherungsschutz tritt erst mit Eingang der Zahlung bei der Kasse ein.

6. Wann wird die Versicherung beitragsfrei gestellt?

Die Versicherung wird in folgenden Fällen beitragsfrei gestellt:

- Auf **Erklärung in Textform** des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin zum Ende eines Kalendermonats mit Wirkung für die Zukunft,
- bei **Rückstand** mit mehr als einem Beitrag,
- mit **Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses**, wenn eine Fortführung nach Ziffer 8 nicht beantragt wird.

7. Welche Folgen hat die Beitragsfreistellung?

Vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung an entfällt die Verpflichtung des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin Beiträge zu zahlen; die bis dahin erworbene Anwartschaft bleibt erhalten. Durch Entrichtung neuer Beiträge kann - mit Zustimmung der Kasse - die Versicherung wiederaufleben.

8. Kann die Versicherung fortgeführt werden?

Die/der Versicherte kann die Versicherung als Versicherungsnehmer/in fortführen,

- wenn und solange sie/er bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt von dem Beteiligten bezieht oder
- wenn ihr/sein Beschäftigungsverhältnis bei dem Beteiligten beendet ist oder
- wenn der Beteiligte als Versicherungsnehmer die Versicherung kündigt.

Nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder bei Wirksamwerden der Kündigung der Versicherung durch den

Beteiligten ist die Fortführung innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten zu beantragen.

9. Kann die Versicherung gekündigt werden?

Die Versicherung kann von dem/der Versicherungsnehmer/in zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres in Textform gekündigt werden.

10. Welche Folgen hat die Kündigung?

Im Falle der Kündigung behält die/der Versicherte ihre/seine bis zur Kündigung erworbene Anwartschaft, die Versicherung wird in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt.

11. Wann endet die Versicherung?

Die Versicherung endet, wenn

- ein Anspruch auf Rente besteht,
- die/der Versicherte stirbt,
- die Rente abgefunden wird (vgl. D 9),
- der Barwert der bestehenden Anwartschaft - auf Antrag der/des Versicherten - auf einen anderen Anbieter der betrieblichen Altersversorgung übertragen wird.

Bei einer Rente wegen Erwerbsminderung endet die Versicherung nicht, wenn sie durch Erklärung in Textform der/des Versicherten fortgeführt wird; das Risiko der Erwerbsminderung kann nicht mehr versichert werden. Ist die Versicherung nicht fortgeführt worden, lebt sie als beitragsfreie Versicherung wieder auf, wenn der Anspruch auf Erwerbsminderungsrente erloschen ist. Das Risiko der Erwerbsminderung kann dann für künftige Beiträge nicht mehr versichert werden.

12. Gibt es einen Versicherungsnachweis?

Die/der Versicherte erhält jeweils nach Ablauf des Kalenderjahres einen Nachweis über ihre/seine bis dahin insgesamt erworbene Rentenanswartschaft wegen Alters. Die/der Versicherte kann nur innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten nach Zugang des Nachweises unmittelbar gegenüber dem Arbeitgeber in Textform beanstanden, dass die von diesem zu entrichtenden Beiträge nicht oder nicht vollständig an die Kasse überwiesen worden sind. Beanstandungen, dass überwiesene Beiträge nicht richtig im Nachweis enthalten sind oder Beanstandungen in Bezug auf die ausgewiesenen Bonuspunkte (vgl. D 2) müssen innerhalb der gleichen Frist und Form gegenüber der Kasse erfolgen.

B. Der Versicherungsbeitrag

1. Wie hoch ist der Versicherungsbeitrag?

Der Beitrag kann, vorbehaltlich der Zustimmung der Kasse, frei bestimmt werden, beträgt aber jährlich mindestens 1/160stel der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV, bei Riester-Förderung mindestens 60 € jährlich. Altersvorsorgezulagen werden mit ihrer Gutschrift bei der Kasse als Beiträge berücksichtigt.

2. Kann die Höhe der Beiträge verändert werden?

Beitragsänderungen und Einmalzahlungen können zugelassen werden. Die Anpassung von Beiträgen - insbesondere zur Ausnutzung der staatlichen Förderung - obliegt dem/der Versicherten.

3. Wie wird der Beitrag entrichtet?

Während der Beschäftigung werden die Beiträge vom Beteiligten an die Kasse überwiesen, solange die/der Versicherte Arbeitsentgelt von dem Beteiligten bezieht. Wenn die/der Versicherte kein Arbeitsentgelt von dem Beteiligten bezieht oder ihr/sein Beschäftigungsverhältnis bei dem Beteiligten beendet ist, sind die Beiträge von der/dem Versicherten selbst an die Kasse zu überweisen.

Die Kasse kann die Entgegennahme von Beiträgen zurückweisen, wenn nicht die von ihr vorgegebenen Buchungsschlüssel auf dem Überweisungsträger verwendet werden.

C. Voraussetzungen für den Rentenbezug

1. Welche Voraussetzungen müssen für die einzelnen Rentenarten erfüllt werden?

Die Altersrente

kann jederzeit ab Vollendung des 62. Lebensjahres beantragt werden.

Die Erwerbsminderungsrente

setzt teilweise oder volle Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung voraus. Der Anspruch besteht ab Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Nachweis hat durch Vorlage des Rentenbescheides zu erfolgen. Hat die/der Versicherte nur deshalb keinen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil sie/er die allgemeine Wartezeit (§ 50 SGB VI) dort nicht erfüllt, so hat sie/er Anspruch auf Rentenleistungen unter den gleichen Voraussetzungen wie Versicherte, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Besteht keine Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, ist das Gutachten eines/einer durch die Kasse zu bestimmenden Facharztes/Fachärztin erforderlich. Die Kosten der Begutachtung trägt der Versicherte. Die Kasse behält sich bei begründeten Zweifeln an der Erwerbsminderung das Recht vor, die Erwerbsminderung durch ein weiteres Gutachten auf Kosten der Kasse überprüfen zu lassen. Die Bearbeitung des Rentenanspruchs bzw. die Rente ruht, wenn und solange sich die/der Berechtigte

trotz Verlangens der Kasse nicht innerhalb einer von ihr gesetzten Frist fachärztlich untersuchen lässt oder das Ergebnis der Untersuchung nicht vorlegt.

Die Hinterbliebenenrente

setzt bei der Witwen-/Witwerrente voraus, dass der/die hinterbliebene Ehegatte/in mit dem/der verstorbenen Versicherten oder Rentenberechtigten zum Zeitpunkt des Todes in gültiger Ehe verheiratet war und ein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, unabhängig davon, ob ein Rentensplitting unter Ehegatten durchgeführt worden ist, oder sie/er die für die Witwen-/Witwerrente erforderliche Mindestehedauer (§ 46 Abs. 2 a SGB VI) nicht erreicht hat.

Bei nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten und bei ihren hinterbliebenen Ehegatten sind diese Regelungen so entsprechend anzuwenden, wie dies bei unterstellter Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung der Fall wäre.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht, wenn und solange die Waisen einen entsprechenden Rentenanspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben oder hätten, wenn der/die Verstorbene dort versichert gewesen wäre, längstens jedoch bis zum Erreichen der Altersgrenze (§ 32 Abs. 3, Abs. 4 S. 1 Nr. 1 - 3 und Abs. 5 EStG) für die Gewährung von Kindergeld bzw. kindbedingten Steuerfreibeträgen.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente ist gegebenenfalls jeweils durch Bescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung nachzuweisen.

2. Wie wird eine Rente beantragt?

Die Kasse erbringt Leistungen nur auf Antrag in Textform. Dem Antrag sind die von der Kasse geforderten Unterlagen beizufügen. Ist die/der Berechtigte verstorben, ohne den Antrag auf Rente bei der Kasse gestellt zu haben, so kann der Antrag nur nachgeholt werden, wenn der/dem Verstorbenen ein Anspruch auf Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder berufsständischen Versorgung zugestanden und sie/er den Antrag dort gestellt hat. Das Recht, den Antrag nachzuholen, steht nur dem/der überlebenden Ehegatten/in sowie den Abkömmlingen zu.

3. Ist eine Kapitalauszahlung möglich?

Im Versicherungsfall der Altersrente kann auf Antrag des/der Versicherten bis zu 30 % des zu Rentenbeginn gebildeten Kapitals als Einmalbetrag ausgezahlt werden. Dabei wird die Auszahlung um eine gegebenenfalls zurückgeforderte staatliche Förderung gekürzt. Die Rentenleistung wird im Fall einer solchen teilweisen Kapitalauszahlung entsprechend gekürzt. Der Antrag ist frühestens ein Jahr und spätestens sechs Monate vor Rentenbeginn in Textform zu stellen. Die Auszahlung des Kapitalbetrages erfolgt in einer Summe zu dem Zeitpunkt, zu dem die Zahlung der Rente beginnt.

4. Wie wird über den Rentenantrag entschieden?

Die Entscheidung über den Antrag erfolgt schriftlich. Stellt sich nachträglich heraus, dass die Entscheidung auf unrichtigen Voraussetzungen beruht, kann die Kasse die unrichtige Entscheidung aufheben und eine neue Entscheidung treffen.

D. Die Rentenleistung

1. Wann beginnt die Rentenleistung?

Die Rente beginnt mit dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder an dem Tag, der bei unterstellter Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung als Rentenbeginn festzusetzen wäre. Die Altersrente kann auf Antrag des/der Versicherten auch am Ersten des Monats beginnen, der dem Antragseingang bei der Kasse folgt, frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahres.

2. Wie wird die Rente ermittelt?

Grundlage für die Rentenermittlung sind die Versorgungspunkte, die bis zum Rentenbeginn durch Beiträge, Zulagen (Riester-Rente) oder aus Überschüssen erworben werden. Versorgungspunkte werden jeweils auf zwei Nachkommastellen gerundet; ist die dritte Nachkommastelle eine 5 bis 9, wird dabei die zweite Nachkommastelle um 1 erhöht, sonst bleibt die zweite Nachkommastelle unverändert.

Versorgungspunkte

Zur Ermittlung der Versorgungspunkte aus Beiträgen und Zulagen werden die in einem Kalenderjahr gezahlten Beiträge durch einen Regelbeitrag von 480 € geteilt und mit dem Altersfaktor aus der folgenden Alterstabelle multipliziert.

Alterstabelle					
Alter	Faktor	Alter	Faktor	Alter	Faktor
17	0,35	34	0,36	51	0,37
18	0,35	35	0,36	52	0,37
19	0,35	36	0,36	53	0,37
20	0,35	37	0,36	54	0,37
21	0,35	38	0,36	55	0,37
22	0,35	39	0,36	56	0,38
23	0,35	40	0,36	57	0,38
24	0,35	41	0,36	58	0,38
25	0,35	42	0,36	59	0,38
26	0,35	43	0,36	60	0,38
27	0,35	44	0,37	61	0,38
28	0,36	45	0,37	62	0,38
29	0,36	46	0,37	63	0,38
30	0,36	47	0,37	64	0,38
31	0,36	48	0,37	65	0,38
32	0,36	49	0,37	66	0,38
33	0,36	50	0,37	67 u.ä.	0,38

Dabei gilt als maßgebliches Alter die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Soweit das Erwerbsminderungsrisiko ausgeschlossen wurde, erhöhen sich diese Versorgungspunkte bis zum Alter 45 um 4 %; der Erhöhungssatz vermindert sich für jedes weitere Lebensjahr um jeweils 0,2 %. Diese Versorgungspunkte werden jeweils zum Ende des Kalenderjahres festgestellt und dem Versorgungskonto gutgeschrieben. Versorgungspunkte aus Beiträgen, für die eine Mitversicherung der Erwerbsminderungsversorgung ausgeschlossen wurde, werden bei der Berechnung der Erwerbsminderungsrente nicht berücksichtigt.

3. Wie hoch ist die Rente?

Die Höhe der monatlichen **Altersrente** ergibt sich, indem die bis zum Rentenbeginn errechneten Versorgungspunkte mit dem Messbetrag von 4 € multipliziert werden. Die Versorgungspunkte werden unter Zugrundelegung der Altersfaktorentabelle errechnet. Die Altersfaktoren zur Berechnung der Versorgungspunkte beinhalten eine Verzinsung von 0,25 %. Für jeden Monat des Rentenbezugs, den die Altersrente vor Vollendung des 67. Lebensjahres in Anspruch genommen wird, reduziert sich die Rentenleistung um 0,3 %; eine spätere Inanspruchnahme führt nicht zu Aufschlägen.

Sofern staatliche Förderung (Riester-Rente) zurückzuzahlen ist, werden die Rente oder die Anwartschaften nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend vermindert.

Die volle **Erwerbsminderungsrente** wird entsprechend der Altersrente berechnet, bei teilweiser Erwerbsminderung beträgt sie die Hälfte. Bei der Erwerbsminderungsrente bleiben Versorgungspunkte unberücksichtigt, für die eine Mitversicherung der Erwerbsminderung ausgeschlossen wurde.

Die Erwerbsminderungsrente reduziert sich entsprechend der Abschläge bei der Altersrente für jeden Monat des Rentenbezugs, den die Erwerbsminderungsrente vor Vollendung des 67. Lebensjahres in Anspruch genommen wird, um 0,3 %, höchstens jedoch um 10,8 %.

Bemessungsgrundlage der **Hinterbliebenenrente** ist jeweils die Rente, die die/der Verstorbene bezogen hat bzw. hätte beanspruchen können, wenn sie/er im Zeitpunkt des Todes wegen voller Erwerbsminderung ausgeschieden wäre.

Art (kleine/große Witwen-/Witwerrente; Halbwaisen-/Vollwaisenrente), Höhe und Dauer des Anspruchs auf Hinterbliebenenrente richten sich - soweit in diesem Merkblatt nichts Anderes geregelt ist (wie z. B. bei der Bezugsdauer der Waisenrente, vgl. C 1) - grundsätzlich nach den entsprechenden Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Bei Witwen-/Witwerrenten gilt von Beginn an der prozentuale Bemessungssatz, der nach Ablauf des Sterbevierteljahres in der gesetzlichen Rentenversicherung maßgeblich ist. Der Anspruch erlischt nicht durch Wiederheirat.

Die Hinterbliebenenrenten werden anteilig gekürzt, wenn sie zusammen die für die Berechnung der Hinterbliebenenrente maßgebende Rente der/des Verstorbenen übersteigen. Bei Erlöschen einer gekürzten Hinterbliebenenrente erhöht sich jede verbleibende Hinterbliebenenrente von Beginn des folgenden Monats an entsprechend; abgefundene Renten werden dabei jedoch weiter berücksichtigt.

4. Wann wird die Rente neu berechnet?

Die Rente wird neu berechnet, wenn bei der/dem Rentenberechtigten ein neuer Versicherungsfall eintritt und seit dem vorhergehenden Rentenbeginn weitere Beiträge geleistet worden sind.

Wird aus einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung oder wegen Alters, wird die bisher zur Hälfte gezahlte Rente voll gezahlt.

Wird aus einer Rente wegen voller Erwerbsminderung eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, so wird die bisher gezahlte Rente zur Hälfte gezahlt.

Die Rente wird auch dann neu berechnet, wenn eine kleine Witwen-/Witwerrente in eine große Witwen-/Witwerrente umzuwandeln ist oder umgekehrt, weil sich die Voraussetzungen für den Rentenbezug geändert haben.

Entsprechendes gilt bei Umwandlung einer Halbwaisenrente in eine Vollwaisenrente.

5. Wie werden die Renten angepasst?

Aus erwirtschafteten Überschüssen werden Bonusrenten zugeteilt. Dies geschieht jeweils mit Wirkung zum 1. Juli eines Jahres, sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Eine feste jährliche Rentenanpassung findet nicht statt.

6. Wie werden Überschüsse verwendet?

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt vom Verlauf der Kapitalverzinsung, der versicherungstechnischen Risiken und der Verwaltungskosten ab.

Mindestens 5 % der Überschüsse sind unter Berücksichtigung einer angemessenen Kapitalausstattung im Hinblick auf Solvabilität, Stresstests und Rechnungsgrundlagen der zur Deckung von Fehlbeträgen zu bildenden Verlustrücklage zuzuführen, bis diese einen Stand von 10 % der Deckungsrückstellung erreicht oder nach einer Inanspruchnahme wieder erreicht hat.

Der restliche Überschuss ist der Rückstellung für Überschussbeteiligung zuzuordnen. Diese Rückstellung kann zur Deckung von Fehlbeträgen sowie zur Verbesserung oder Erhöhung von Leistungen, insbesondere zur Gewährung von Bonuspunkten und Bonusrenten verwendet werden. Über die Verwendung der Überschüsse entscheidet die Vertreterversammlung der Kasse auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars.

Bonuspunkte und Bonusrenten

Die in der Rückstellung für Überschussbeteiligung zum Ende des Vorjahres vorhandenen Mittel aus Überschüssen können für eine Überschussbeteiligung in Form von Bonuspunkten und Bonusrenten verwendet werden. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gem. § 153 VVG erfolgt nicht. Über die Zuteilung von Bonuspunkten und Bonusrenten entscheidet die Vertreterversammlung auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars.

7. In welcher Höhe sind die Anwartschaften und Renten vertraglich zugesagt?

Die Rente und die Anwartschaften werden in der unter Ziffer 3 beschriebenen Höhe zugesagt. Die Kasse kann zur Deckung eines Fehlbetrages die Anwartschaften und Renten herabsetzen. Die Herabsetzung kann in dem Umfang erfolgen, indem dies zur Deckung des Fehlbetrages tatsächlich erforderlich ist. Eine Herabsetzung der Renten und Anwartschaften ist nur zulässig, wenn und soweit die Verlustrücklage zur Deckung des Fehlbetrages nicht ausreicht.

Über die Herabsetzung entscheidet die Vertreterversammlung der Kasse auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars. Die Vertreterversammlung ist zu gleichen Teilen

mit Vertretern von Versicherten und Dienstgebern besetzt. Der Verantwortliche Aktuar ist ein von der Kasse unabhängiger Versicherungsmathematiker, der kraft Gesetzes unter anderem die Aufgabe hat, die Interessen der Versicherten zu schützen und kraft Satzung zu überprüfen hat, ob die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen gewährleistet ist.

8. Wann erlischt die Rente?

Der Rentenanspruch erlischt mit Ablauf des Monats,

- in dem der/die Rentenberechtigte gestorben ist,
- für den letztmals eine Erwerbsminderungsrente, Witwen-/Witwerrente oder Waisenrente nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist oder bei unterstellter Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt worden wäre, bei Waisenrenten spätestens mit Erreichen der in §32 Abs. 3, Abs. 4 S. 1 Nr. 1 - 3 und Abs. 5 EStG genannten Altersbegrenzung,
- der auf den Monat folgt, in dem der/dem Rentenberechtigten, die/der nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist oder die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Nichterfüllung der Wartezeit nicht erfüllt hat, die Entscheidung der Kasse über das Erlöschen des Anspruchs wegen Wegfalls der Erwerbsminderung zugegangen ist.

9. Kann die Rente abgefunden werden?

Die Abfindung kann sowohl von der Kasse als auch auf Antrag der/des Versicherten vorgenommen werden, wenn der Monatsbetrag der Rente den Monatsbetrag nach § 3 Abs. 2 Betriebsrentengesetz nicht übersteigt. Der Antrag kann nur innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten nach Zugang der Entscheidung über den Rentenantrag gestellt werden. Überschreiten dabei die Rentenanteile aus der Pflichtversicherung nicht den Betrag nach § 3 Abs. 2 Betriebsrentengesetz, kann auch dieser Anteil mit abgefunden werden. Der Abfindungsbetrag für die freiwillige Versicherung entspricht dem für die Rente gebildeten Kapital im Zeitpunkt der Abfindung. Bereits gezahlte Leistungen aus der freiwilligen Versicherung werden auf den Abfindungsbetrag angerechnet. Ist ein Versorgungsausgleich durchgeführt worden, berechnet sich der Abfindungsbetrag aus dem entsprechend gekürzten oder später zu kürzenden Rentenbetrag.

10. Können Leistungen abgetreten, verpfändet oder beliehen werden?

Ansprüche auf Leistungen aus der freiwilligen Versicherung können nicht abgetreten, verpfändet oder beliehen werden.

E. Was ist von der/dem Versicherten/Rentenberechtigten sonst noch zu beachten?

1. Was ist der Kasse mitzuteilen?

Jede Verlegung des Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts und jede Änderung von Verhältnissen, die den Rentenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach berührt, ist unverzüglich in Textform mitzuteilen, insbesondere

- bei Erwerbsminderungsrenten aus eigener Versicherung: der Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung und die Änderung von voller in teilweise Erwerbsminderung und umgekehrt,
- bei Witwen-/Witwerrenten: die Umwandlung einer kleinen in eine große Witwen-/Witwerrente oder umgekehrt,
- bei Waisenrenten: das Ende der Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen oder eines freiwilligen ökologischen Jahres oder des Bundesfreiwilligendienstes oder der Wegfall der Unterhaltsbedürftigkeit, wenn das 18. Lebensjahr vollendet ist oder die Umwandlung einer Halbwasenrente in eine Vollwasenrente.

Innerhalb einer von der Kasse gesetzten Frist müssen auf Anforderung Auskünfte erteilt und die erforderlichen Nachweise sowie Lebensbescheinigungen vorgelegt werden.

2. Sind Ersatzansprüche abzutreten?

Steht der/dem Rentenberechtigten aus dem Ereignis, das die Kasse zur Gewährung oder Erhöhung von Leistungen verpflichtet, ein Schadensersatzanspruch gegen eine/n Dritte/n zu, so hat sie/er ihre/seine Ansprüche gegen die/den Dritte/n bis zur Höhe des Bruttobetrag der Rente an die Kasse abzutreten. Der Übergang kann nicht zum Nachteil der/des Rentenberechtigten geltend gemacht werden.

3. Wann kann die Kasse die Leistung zurückbehalten oder Rentenleistungen zurückfordern?

Kommt die/der Rentenberechtigte ihren/seinen Mitteilungs-, Auskunfts- oder Nachweispflichten sowie der Pflicht zur Abtretung von Ersatzansprüchen nicht nach, kann die Kasse die Rente zurückbehalten.

Ohne Rechtsgrund gezahlte Renten sind in Höhe ihrer Bruttobeträge zurückzuzahlen. Überzahlungen sind zu erstatten oder können von der Kasse mit künftigen Leistungen verrechnet werden. Bei einer Verletzung von Anzeigepflichten (vgl. E 1) kann sich die/der Rentenberechtigte nicht auf den Wegfall der Bereicherung berufen.

4. Unterliegt die freiwillige Zusatzrente der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht?

Sofern eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung besteht, ist die freiwillige Zusatzrente grundsätzlich beitragspflichtig.

Hinweis:

Allein in den Fällen, in denen der/die Versicherte nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses als alleinige/r Versicherungsnehmer/in die freiwillige Versicherung fortsetzt, unterliegt der daraus resultierende Rentenanteil nicht der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Hinweis zur Riester-Rente:

Ab dem 01.01.2018 entfällt bei Rentenleistungen der betrieblichen Riester-Rente die Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

F. Welche Verjährungs- und Ausschlussregeln sind zu beachten?

1. Welche Verjährungsfrist gilt?

Der Anspruch auf eine Leistung der Kasse verjährt in drei Jahren; die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Es gelten die Übergangsregelungen des Artikel 3 EGVVG.

Ist ein Anspruch in Textform geltend gemacht worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der Kasse dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

2. Welche Ausschlussfristen gelten?

- Die Fortführung einer freiwilligen Versicherung nach Ende der Beschäftigung oder bei Wirksamwerden der Kündigung der Versicherung durch den Beteiligten muss innerhalb von 3 Monaten beantragt werden (vgl. A 8).
- Beanstandungen des Versicherungsnachweises sind innerhalb von 6 Monaten nach Zugang gemäß Ziffer A 12 geltend zu machen.
- Für den Antrag auf Abfindung der Rente ist die Frist nach Ziffer D 9 einzuhalten.

Nach Ablauf der Ausschlussfrist kann der jeweilige Anspruch nicht mehr geltend gemacht werden.

3. Welche Frist gilt für die Beantragung einer Teilkapitalauszahlung mit Beginn der Altersrente?

Der Antrag muss innerhalb der Frist nach Ziffer C 3 gestellt werden.

G. Was kann sich ändern?

Die Leistungen können zur Berücksichtigung aufsichtsrechtlicher Anforderungen sowie aus versicherungstechnischen Gründen auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars geändert werden. Soweit die Regelungen die Pflichten der Versicherten, die Versicherungsnachweise, das Verfahren der Rentenfestsetzung, die Zahlungsweise und die Ausschlussfristen betreffen, können sie darüber hinaus zur Anpassung an Änderungen der Satzung oder sonstige Veränderungen der Rechtslage geändert werden.

H. Wer ist für Beschwerden und Klagen zuständig?

Beschwerden gegen Entscheidungen der Kasse sind in Textform zu richten an

Kirchliche Zusatzversorgungskasse des Verbandes der Diözesen Deutschlands vertreten durch den Vorstand:

Dr. Ulrich Mitzlaff (Vorsitzender)

Dr. Oliver Lang

Christian Loh

Am Römerturm 8

50667 Köln

Für Ansprüche gegen die Kasse ist die ordentliche Gerichtsbarkeit am Sitz der Kasse in Köln zuständig. Je nach Höhe des Streitwerts sind die Klagen beim Amts- oder Landgericht Köln, Luxemburger Straße 101, 50939 Köln einzureichen.

Falls der/die Versicherungsnehmer/in bzw. der/die Versicherte oder Rentenberechtigte nach Beginn der Versicherung seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich das Gericht am Sitz der Kasse zuständig.

I. Welches Recht gilt und welches ist die Vertragssprache?

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vertragssprache ist deutsch.