

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 antragstellenden Person
Vorname(n) der antragstellenden Person

Fragen zum Beschäftigungsverhältnis.

1 Ist die versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis, das der Pflichtversicherung zu Grunde lag, ausgeschieden bzw. scheidet sie 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 einer dritten Person (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 versicherte Person **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 versicherte Person ist/war nach Beendigung des unter 1. genannten Arbeitsverhältnisses weiterhin bzw. erneut bei uns beschäftigt oder sie erhält während des Ruhens des Arbeitsverhältnisses laufendes Arbeitsentgelt

 ja vom bis
Tag | Monat | Jahr Tag | Monat | Jahr
 nein

Höhe des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts

, Euro

Ersatzanspruch des Arbeitgebers.

- 6 Wurden oder werden vorschussweise Krankenzuzüge 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 der kontoinhabenden Person 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.

- 7 Im Interesse der antragstellenden Person 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 versicherten Person

Telefon-Nr./Durchwahl der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Fax-Nummer der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Anlagen des Arbeitgebers

Ansprechperson

Name, Vorname

Dienstsiegel/Stempel

Für die Richtigkeit

Ort, Datum Unterschrift