

## Antrag auf Beitragsersatzung aus der umlagefinanzierten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung

Eingangsstempel der  
Deutschen Rentenversicherung

Eine Erstattung der an die **Höchster Pensionskasse zur kapitalgedeckten HZV** gezahlten Beiträge (erstmalig entrichtete Beiträge oder übertragene Anwartschaften) ist nicht möglich !

**Hinweis:**

Bitte nur mit Schreibmaschine oder in Blockschrift (Kugelschreiber, Tinte) ausfüllen. Die mit einem \* versehenen Angaben zur Person müssen mit den Angaben in der Geburtsurkunde, im amtlichen Personalausweis oder im Reisepass übereinstimmen. Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir auf der Grundlage des Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherungsgesetzes (HZVG) von Ihnen die im Folgenden abgefragten Angaben. Zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten können Sie sich auf der Internetseite [www.deutsche-rentenversicherung-saarland.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-saarland.de) informieren.

**Versicherungsnummer**

**ZV**

**Datum der Antragstellung**  
Tag/Monat/Jahr

**1 Beantragte Beitragsersatzung**

<input type="checkbox"/>	Beitragsersatzung an Versicherte bei Wegfall der Versicherungspflicht in der umlagefinanzierten HZV und nicht erfüllter Wartezeit	<b>5 0</b>
<input type="checkbox"/>	Beitragsersatzung an Hinterbliebene, weil die Wartezeit in der umlagefinanzierten HZV nicht erfüllt ist	<b>5 0</b>

**Anspruch auf Beitragsersatzung aus der umlagefinanzierten HZV besteht**

- für den Versicherten, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren in der umlagefinanzierten HZV nicht erfüllt ist, die Versicherungspflicht in der HZV entfallen ist und seit Wegfall der Versicherungspflicht 24 Kalendermonate verstrichen sind, ohne dass erneut Versicherungspflicht in der umlagefinanzierten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung eingetreten ist,
- für Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit in der HZV nicht erfüllt haben, ohne besondere Wartefrist,
- für Hinterbliebene ebenfalls ohne Wartefrist, wenn wegen nicht erfüllter Wartezeit kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente besteht. Für Waisen jedoch nur dann, wenn keine Witwe/kein Lebenspartner/kein Witwer/keine Lebenspartnerin vorhanden ist. Mehreren Waisen steht der Erstattungsanspruch zu gleichen Teilen zu.

**2 Angaben zur Person des/der Versicherten**

Name*		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname*		Frühere Namen	
Geburtsdatum*	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort* (Kreis, Land)		11- stellige Steuer-Identifikationsnummer (STIN) der dt. Steuerbehörden	
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

**3 Angaben zur Person des/der Hinterbliebenen**

**Sterbeurkunde des/der Versicherten bitte beifügen**

Name der Witwe/des Lebenspartners/ des Witwers/der Lebenspartnerin/der Waise*		Vorname*(bitte Rufnamen unterstreichen)	Geburtsdatum*
Familienname der weiteren Waise*		Vorname*	Geburtsdatum*
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

**4 Antragstellung durch andere Personen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

## 5 Beiträge zur HZV, deren Erstattung beantragt wird

Beweismittel bitte beifügen

Zeitraum vom – bis (Tag, Monat, Jahr)	beschäftigt als (Arbeiter oder Angestellter oder freiwillige Beiträge)	Arbeitgeber (Name, Sitz des Betriebes oder Bemerkung freiwillige Beiträge)

## 6 Versorgungsausgleich

Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?

nein  ja Datum der Ehescheidung/Aufhebung:

Ist ein Ehescheidungsverfahren/Verfahren zur Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft anhängig?

nein  ja Anschrift und Aktenzeichen des Familiengerichts:

## 7 Den Erstattungsbetrag bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

**IBAN** (International Bank Account Number) s. Kontoauszug

**BIC** (Bank Identifier Code) s. Kontoauszug

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

## 8 Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Es ist mir bekannt, dass nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 26 Abs. 2 HZvG i.V.m. § 210 SGB VI)

- eine Beitragsersattung nur erfolgen kann, wenn die besondere Wartezeit von fünf Jahren in der umlagefinanzierten HZV nicht erfüllt ist,
- nur die Hälfte der Beiträge (Versichertenanteil) erstattet werden, die nach dem 19. November 1947 entrichtet worden sind, soweit die Beiträge vom Versicherten mitgetragen worden sind,
- der Erstattungsantrag nicht auf einen Teil der erstattungsfähigen Beiträge beschränkt werden kann und dass die Beitragsersattung alle weiteren Ansprüche aus den bisher zurückgelegten Versicherungszeiten in der umlagefinanzierten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung und das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung ausschließt.

### Anlagen:

Durchschriften Beitragsnachweiskarten

Aufrechnungsbescheinigungen

Sterbeurkunde

sonstige Unterlagen:

(Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

Die Angaben zur Person des Antragstellers **müssen** amtlich bestätigt werden!

**Bestätigungsvermerk (nur von einer hierzu befugten Behörde auszufüllen!)**

Die **Angaben zur Person** der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch

Geburts- / Abstammungsurkunde  gültigen Personalausweis  gültigen Reisepass

\_\_\_\_\_

Dienststempel

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

An

**Deutsche Rentenversicherung Saarland**  
**Abt. Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung**  
**66108 Saarbrücken**