

Antrag auf Versichertenzusatzrente aus der umlagefinanzierten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung

Eingangsstempel der
Deutschen Rentenversicherung

Falls Ansprüche aus der kapitalgedeckten HZV (Höchster Pensionskasse) bestehen, ist der **Antrag auf Versorgungsbezüge aus der kapitalgedeckten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung** beizufügen.

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 informieren.

Versicherungsnummer

Z V

Datum der Antragstellung
Tag/Monat/Jahr

1 Beantragte Zusatzrente

<input type="checkbox"/>	Zusatzrente wegen Erwerbsminderung	1 0
<input type="checkbox"/>	Zusatzrente wegen Erreichens des Regelalters	1 6
<input type="checkbox"/>	Zusatzrente wegen Alters vor Erreichen des Regelalters	1 3

Die Zusatzrente wegen Alters soll gezahlt werden als

Vollrente 1/3 Teilrente 1/2 Teilrente 2/3 Teilrente

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag/ Monat/ Jahr
0 1 .

2 Angaben zur Person

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)		
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		

3 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

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

4 Zahlungsweg

Bei Aufenthalt im Ausland oder bei Zahlung auf ein Konto im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden (Vordruck wird übersandt)

Die Zusatzrente soll auf **folgendes** Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

D E

noch Ziffer 4

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

5 Versicherungszeiten der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Pflicht- und freiwillige Beiträge

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

5.2

Zeitraum vom – bis (Tag, Monat, Jahr)	Wehrdienst (anrechenbar sind nur Zeiten des Grundwehr-/Wehr-/Zivildienstes bzw. der Wehrübung ab 01.01.1972)

6 Versichertenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung(falls Bescheid bereits vorliegt, bitte **vollständige** Kopie mit **allen** Anlagen beifügen)

wurde beantragt am:	wird bezogen ab:
Zuständiger Versicherungsträger ist die:	<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Saarland <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung
Rentenversicherungsnummer:	

7 Bei Antrag auf Zusatzrente wegen Erwerbsminderung:

Beziehen Sie noch laufend Entgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Arbeitgeber:
Ist die Erwerbsminderung vorsätzlich oder von einem Dritten verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Unfall (Verkehrs-, Arbeits-, Wege-, Sportunfall, Schlägerei) erlitten? Unfalltag, Art des Unfalls und Unfallort <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde der Unfall durch eine Polizeidienststelle aufgenommen? Anschrift der Polizeidienststelle (ggf. Tgb.-Nr oder Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, sofern bekannt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wer ist Unfallverursacher bzw. Unfallbeteiligter?
Bei welchem Versicherungsunternehmen ist der Schädiger bzw. Beteiligte haftpflichtversichert?

8 Versorgungsausgleich

Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Datum der Ehescheidung/Aufhebung:	Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Letzte Anschrift	

noch Ziffer 8

	Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten / Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen
--	--	--

9 Leistungsbezug von anderen Stellen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

	Art der Leistung		Bezugszeitraum vom – bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
9.1	Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Eingliederungshilfe, Entgeltssicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit bzw. vom kommunalen Träger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Leistung
9.2			Versorgungsrente vom Versorgungsamt oder entsprechenden ausländischen Stellen
9.3	Sozialhilfe *) , Grundsicherung vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Leistung

*) Die Angaben zur Sozialhilfe (Ziffer 9.3) **sind auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches -Sozialhilfe- erhalten.

10 Krankenversicherung

Wie sind Sie gegen Krankheit versichert?	
10.1	<input type="checkbox"/> privat (keine weiteren Angaben erforderlich)
10.2	<input type="checkbox"/> pflicht- oder freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung bei <div style="text-align: right; border-top: 1px solid black; width: 100%;">Krankenkasse / Verw.-Stelle (Name, Anschrift)</div>

11 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Das heutige Alter des Kindes ist hier ohne Bedeutung)

 nein ja

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes
Kindschaftsverhältnis
<input type="checkbox"/> leibl. Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind →

Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist/war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.

Nachweise benötigen wir **nicht, wenn** die **Angaben** in diesem Antrag **bestätigt** werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten bzw. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

Ansonsten benötigen wir wahlweise z.B. (ggf. in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

12 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass die Zusatzrente aus der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung nur zu vergleichbaren Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt wird und die Entziehung, Kürzung oder der Wegfall dieser Leistung der Deutschen Rentenversicherung Saarland, Abteilung Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung, 66108 Saarbrücken **unverzüglich** mitzuteilen ist.

Ich bin damit einverstanden, dass der Rentenversicherungsträger, der die vergleichbare Leistung gewährt, der Deutschen Rentenversicherung Saarland, Abteilung Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung, die zur Feststellung der Leistung aus der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung erforderlichen Auskünfte erteilt.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich versichere, dass alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet sind. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben gemäß § 263 des Strafgesetzbuches strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich **verpflichte** mich, die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung des Rentenantrages wesentliche Änderungen bezüglich der gemachten Angaben eingetreten sind.

Anmerkungen:

- a) Es wird gebeten, den gestellten Zusatzrentenantrag **unverzüglich** an die Deutsche Rentenversicherung Saarland weiterzuleiten. Urkunden oder Bescheinigungen, die von der aufnehmenden Stelle nicht unmittelbar ausgestellt oder von dem Antragsteller nicht in kürzester Frist beigebracht werden können, ermittelt die Deutsche Rentenversicherung Saarland in eigener Zuständigkeit.
- b) Die Personalien bitten wir an der dafür vorgesehenen Stelle bestätigen zu lassen oder **amtlich** beglaubigte Kopien der entsprechenden Urkunden beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlagen

_____ Durchschriften der Beitragnachweiskarten

_____ Aufrechnungsbescheinigungen

_____ Vollständiger Bescheid über die Bewilligung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit allen Anlagen

_____ Nachweis über die Elterneigenschaft

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

Das **Kindschaftsverhältnis** (siehe Ziffer 11) wird bestätigt. Es hat/haben vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes Familienbuch/-stammbuch

Es ist/sind beigelegt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

An

Deutsche Rentenversicherung Saarland
Abteilung 3
Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung
66108 Saarbrücken