

Antrag auf Beitragserstattung.

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie ihn in Druckschrift ausfüllen und eigenhändig unterschreiben.

Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag nicht widerrufen können. Wenn Sie den Antrag auf Beitragserstattung stellen, erlöschen damit alle Rechte aus der Versicherung für Zeiten, für die Beiträge erstattet werden. Diese Zeiten können insbesondere auch bei erneuter Pflichtversicherung nicht mehr bei der Erfüllung der Wartezeit von 60 Monaten berücksichtigt werden.

Wenn Sie die Wartezeit bereits erfüllt haben oder Ihre Anwartschaft nach dem Betriebsrentengesetz unverfallbar ist, können die Beiträge nicht erstattet werden. Dies gilt zum Beispiel für die Arbeitnehmerbeiträge zum Kapitaldeckungsverfahren im Tarifgebiet Ost, die nach dem Betriebsrentengesetz sofort unverfallbar sind. Das bedeutet, Sie haben einen Anspruch auf eine spätere Rente, der nicht durch eine Beitragserstattung abgegolten werden kann. Beiträge zur freiwilligen Versicherung können ebenfalls nicht erstattet werden.

Hinweis zum Datenschutz

Die Angaben in diesem Antrag werden zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und Berechnung der Beitragserstattung benötigt und von der VBL ausschließlich für diesen Zweck unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet und genutzt.

Persönliche Angaben.

VBL-Versicherungsnummer

(z. B. aus dem Versicherungsnachweis ersichtlich)

1 Adresse und Geburtsdatum.

<input type="text"/> Titel	<input type="text"/> Namenszusatz (z. B. von, de(l), auf der)
<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname(n)
<input type="text"/> Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)	<input type="text"/> Geburtsname
<input type="text"/> Früher geführte Namen	<input type="text"/> Geburtsort
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> Hausnummer
<input type="text"/> Postleitzahl	<input type="text"/> Wohnort
<input type="text"/> Telefon tagsüber (für Rückfragen)	<input type="text"/> Länderkennz. (bei Auslandsadressen)

2 Bankverbindung.

Geben Sie Ihr eigenes Konto oder das eines Empfangsbevollmächtigten im Inland an.
Für die Auszahlung ist die Angabe eines Girokontos erforderlich.

<input type="text"/> IBAN (max. 34 Stellen)	IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank.
<input type="text"/> BIC (8 oder 11 Stellen)	
<input type="text"/> Name Kontoinhaber/-in, falls abweichend von dem Antragsteller	
<input type="text"/> Geldinstitut (Name, Ort)	

3 Antragstellung durch andere Personen.

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt von

Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls ergänzen.

Frau

Herr

Bevollmächtigten
(Bitte Vollmacht beifügen.)

Betreuer
(Bitte Betreuerausweis, Bestallungsurkunde beifügen.)

Titel

Namenszusatz (z. B. von, de(l), auf der)

Name

Vorname(n)

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Postfach

Aktenzeichen

Telefon tagsüber (für Rückfragen)

4 Antragstellung durch Sozialverbände/Organisationen.

Der Antrag wird in Vertretung der/des Versicherten gestellt von

Name (z. B. VdK, Verdi, Betreuungsvereine)

Aktenzeichen

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Postfach

Telefon tagsüber (für Rückfragen)

Bitte Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde beifügen.

Angaben zur Versicherung.

5.1 Sind Sie nach Beendigung der Pflichtversicherung bei der VBL bei einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes beschäftigt?

ja

nein

falls ja:

Name und Anschrift des Arbeitgebers

ab

Tag | Monat | Jahr

5.2 Waren Sie bzw. sind Sie zurzeit bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert?

ja

nein

Bitte tragen Sie die zutreffende Kennziffer der ZVE ein.

Die ZVE, die mit uns ein Überleitungsabkommen haben, finden Sie in den Erläuterungen unter Ziffer 1.

Zeitraum vom Tag | Monat | Jahr

bis Tag | Monat | Jahr

Zeitraum vom Tag | Monat | Jahr

bis Tag | Monat | Jahr

5.3 Sind die Beiträge erstattet worden?

ja

nein

5.4 Wurden Sie verbeamtet?

ja

nein

Ich erkläre ausdrücklich, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Die Vorschriften der VBL-Satzung über die Beiträgerstattung sind mir bekannt (siehe abgedruckter Auszug der VBL-Satzung).

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen.

Erläuterungen Antrag auf Beitragserrstattung.

1 Wenn Sie noch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert waren.

Neben der VBL als größte Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes gibt es noch weitere kommunale und kirchliche Zusatzversorgungskassen, mit denen ein so genanntes Überleitungsabkommen besteht:

Kenn-ziffer	Name	Ort	Kenn-ziffer	Name	Ort
20	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	Frankfurt/Main	42	Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg	Gransee
31	Zusatzversorgungskasse der Gemeinden und Gemeindeverbände Darmstadt	Darmstadt	43	Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Sachsen-Anhalt	Magdeburg
32	Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Baden-Württemberg (einschließlich Zweigstelle Stuttgart)	Karlsruhe	44	Kommunale Zusatzversorgungskasse Mecklenburg-Vorpommern	Strasburg (Uckermark)
33	Kommunale Versorgungskassen Kurhessen-Waldeck	Kassel	53	Zusatzversorgungskasse der Stadt Emden	Emden
34	Rheinische Zusatzversorgungskasse für Gemeinden und Gemeindeverbände	Köln	55	Zusatzversorgungskasse der Stadt Frankfurt	Frankfurt/Main
35	Zusatzversorgungskasse der Bayerischen Gemeinden	München	57	Zusatzversorgungskasse der Stadt Hannover	Hannover
36	Kommunale Zusatzversorgungskasse Westfalen-Lippe	Münster	59	Zusatzversorgungskasse der Stadt Köln	Köln
37	Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse des Saarlandes, Abteilung Zusatzversorgung	Saarbrücken	70	Evangelische Zusatzversorgungskasse Darmstadt	Darmstadt
39	Zusatzversorgungskasse für die Gemeinden und Gemeindeverbände in Wiesbaden	Wiesbaden	71	Zusatzversorgungskasse der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers	Detmold
40	Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Thüringen	Artern	72	Kirchliche Zusatzversorgungskasse Rheinland-Westfalen	Dortmund
41	Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Sachsen	Dresden	73	Kirchliche Zusatzversorgungskasse Baden	Karlsruhe
			74	Kirchliche Zusatzversorgungskasse des Verbandes der Diözesen Deutschlands	Köln
			80	Emder Zusatzversorgungskasse für Sparkassen	Emden
			92	Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen	München
			93	Versorgungsanstalt der deutschen Kulturorchester	München

Wenn Sie die Überleitung bzw. gegenseitige Anerkennung von Versicherungszeiten beantragen, können Versicherungszeiten bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung berücksichtigt werden. Dies ist insbesondere für die Erfüllung der Wartezeit von Bedeutung, die Voraussetzung für einen Anspruch auf Betriebsrente ist. Sollten Sie Fragen hierzu haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

2 Auszug aus der VBL-Satzung.

§ 44 Beitragserrstattung

- (1) ¹ Die beitragsfrei Versicherten, die die Wartezeit (§ 34) nicht erfüllt haben, können bis zur Vollendung ihres 69. Lebensjahres die Erstattung der von ihnen geleisteten Beiträge beantragen. ² Der Antrag auf Beitragserrstattung gilt für alle von den Versicherten selbst getragenen Beiträge und kann nicht widerrufen werden. ³ Rechte aus der Versicherung für Zeiten, für die Beiträge erstattet werden, erlöschen mit der Antragstellung. ⁴ Die Beiträge werden ohne Zinsen erstattet.
- (2) ¹ Sterben Versicherte nach Antragstellung, aber vor Beitragserrstattung, gehen die Ansprüche auf die Hinterbliebenen über, die betriebsrentenberechtigt wären, wenn die Wartezeit erfüllt wäre. ² Mit der Zahlung an einen der Hinterbliebenen erlischt der Anspruch der übrigen Berechtigten gegen die Anstalt.
- (3) Beiträge im Sinne dieser Vorschrift sind
- die für die Zeit vor dem 1. Januar 1978 entrichteten Pflichtbeiträge einschließlich der Arbeitnehmeranteile an den Erhöhungsbeträgen,
 - die für die Zeit nach dem 31. Dezember 1977 entrichteten Arbeitnehmeranteile an den Erhöhungsbeträgen,
 - die für die Zeit nach dem 31. Dezember 1998 entrichteten Eigenanteile der Pflichtversicherten an der Umlage,
 - die für die Zeit vor dem 1. Januar 2002 entrichteten Beiträge zur freiwilligen Weiterversicherung.