

**ZUSATZVERSORGUNGSKASSE FÜR DIE BESCHÄFTIGTEN DER  
DEUTSCHEN BROT- UND BACKWARENINDUSTRIE VVaG**

Zusatzversorgungskasse  
für die Beschäftigten der Deutschen  
Brot- und Backwarenindustrie VVaG  
Bochumer Str. 33  
40472 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 65 23 64  
Telefax: 0211 / 65 30 88  
E-Mail: [info@zvk-brot.de](mailto:info@zvk-brot.de)  
[www.zvk-brot.de](http://www.zvk-brot.de)

**ANTRAG** auf Zahlung einer Zusatzrente durch die Zusatzversorgungskasse für die  
Beschäftigten der Deutschen Brot- und Backwarenindustrie VVaG zur **ALTERSRENTE** **VOLLEN ERWERBSMINDERUNGSRENTE**

**Rentenbeginn:** .....

**1.** **Name:** ..... **Geburtsname:** .....

**Vorname:** .....

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

**Telefon:** ..... **E-Mail:** .....

**Geburtsdatum:** ..... **Geburtsort:** .....

**Geburtsland:** ..... **Staatsangehörigkeit:** .....

**Steuer-Identifikationsnummer:** .....

**Personalausweis in Kopie beifügen.**

**2. Beschäftigungszeiten in der Brot- und Backwarenindustrie \*)**

Geeigneten Nachweis über Ihre Beschäftigungszeiten in der Brot- und Backwarenindustrie (ohne geringfügige Beschäftigung) beifügen. Z.B.: Bestätigung durch Ihren Arbeitgeber, Zeugniskopien oder Entgeltnachweise der Sozialversicherung.

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Arbeitgeber</b>	<b>beschäftigt als</b>

**2.2. Beendigungsgrund in der Brotindustrie:**

.....

**3. Rentenbescheid \*)**

Fotokopie des **1. Rentenbescheides** (1. Seite) und den **Versicherungsverlauf** mit geleisteten Pflichtbeiträgen (Anlage zum Rentenbescheid) beifügen.

**4. Bankverbindung:**

IBAN: .....

BIC: ..... Geldinstitut: .....

**5. Krankenversicherung:**

Name der Krankenkasse: .....

Ihre Krankenkassen-Versichertennummer: .....

Besteht Beihilfeberechtigung in der Krankenversicherung:  JA  NEIN

**5.1. Besteht Elterneigenschaft:**

JA  NEIN

(Wenn ja, Kopien der Geburtsurkunden von Kindern **unter 25 Jahren** beifügen! )

**6. Anmerkungen:**

- 6.1. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind;
- 6.2. ich verpflichte mich,
  - a) Ereignisse die auf Gewährung oder Bemessung der Zusatzrente Einfluss haben, der Kasse sofort anzuzeigen;
  - b) beim Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente, jährlich im III. Quartal durch Vorlage der Rentenanpassungsmitteilung, den Nachweis des Fortbestehens der Rente zu erbringen;
- 6.3. mir ist bekannt, dass die Zahlung ruht, wenn die verlangten Nachweise nicht oder unvollständig beigebracht und dass zu Unrecht gewährte Leistungen von der Kasse zurückgefordert werden;
- 6.4. mir ist bekannt, dass die Kasse den anfallenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und Beitragssätzen der jeweiligen Krankenkasse, von meiner Rente einbehält und an die zuständige Krankenkasse entrichten wird. Mir ist auch bekannt, dass die Leistungen der Zusatzrente steuerpflichtig sind und nach den jeweiligen Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes zu versteuern sind.

Datenschutzhinweis:

Wir verarbeiten personenbezogene Daten auf Basis der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Verarbeitung erfolgt gemäß den gesetzlichen Erfordernissen. Ausführliche Hinweise zu der von uns vorgenommenen Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter [www.zvk-brot.de](http://www.zvk-brot.de).

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift des Antragstellers)

**\*) Zu Nr. 2 und 3 sind geeignete Unterlagen in Kopie beizufügen**