Antrag auf Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung der Postbank Filialvertrieb AG nach dem Tarifvertrag Nr. 7

ggf. in Verbindung mit Antrag auf VAP-Versicherungsrente für Versicherte und Hinterbliebene

Bitte schicken Sie Ihren Antrag an:

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
Postfach 10 60 18
70049 Stuttgart

Personal- oder Rentennummer bei Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service:

_____

Leistungsträger/ehemaliger Arbeitgeber:

_____

Angaben zur antragstellenden Person		
1.	Name _____	Vorname _____
	Geburtsname _____	Geburtsdatum _____
2.	Straße, Hausnummer _____	
	Postleitzahl _____	Wohnort _____
3.	Telefon-Nr. (Vorwahl und Rufnummer) _____	
4.	Familienstand der antragstellenden Person ☐ ledig ☐ verheiratet/ eingetragene. Lebenspartnerschaft ☐ dauernd getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ wiederverheiratet seit _____	

5.	Ist für die antragstellende Person ein Scheidungsverfahren anhängig oder wurde aufgrund einer Scheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt? (Bei Anspruch auf Hinterbliebenenleistung dies bitte für die verstorbene Person unter Ziffer 16 beantworten.) ☐ nein ☐ ja vom/beim Amts-/Familiengericht (Bitte rechtskräftiges Urteil zum Versorgungsausgleich in Kopie beifügen.) _____

Beantragter Leistungsfall bzw. Grund der Antragstellung	
6.	**Hinweis zur Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres:** Für die Beantragung einer VAP-Versicherungsrente ist der Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung über den Bezug einer Altersrente vor der gesetzlichen Regelaltersgrenze erforderlich. ☐ **Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres** Beantragter Rentenbeginn nach Vollendung des 65. Lebensjahres: _____ ☐ **Altersrente** vor Vollendung des 65. Lebensjahres bei Vorliegen einer Vollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Bitte Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.) ☐ **Rente wegen voller Erwerbsminderung** nach Maßgabe der gesetzlichen Rentenversicherung (Bitte Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.) ☐ **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung** nach Maßgabe der gesetzlichen Rentenversicherung **nach** Vollendung des 50. Lebensjahres (Bitte Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.) ☐ **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung** nach Maßgabe der gesetzlichen Rentenversicherung **vor** Vollendung des 50. Lebensjahres aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer erlittenen Berufskrankheit (Bitte Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.) ☐ **Rente wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit** ☐ **Anspruch auf Hinterbliebenenleistung** Hinterbliebene sind: Witwen bzw. Witwer, eingetragene Lebenspartner:innen, Waisen
7.	Sind Sie im Rahmen des TV Übergang vom 09.09.1999 als Arbeitnehmer:in der ehemaligen Deutschen Postbank AG zur Deutschen Post AG gewechselt bzw. haben Sie als ehemals beschäftigte Person Anspruch auf Versorgungsbezüge aus einer nach § 12 TV BetrAV anzurechnenden Betriebsrente? ☐ nein, Grund _____ ☐ ja, monatlich brutto _____ EUR (Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.)

Zahlungsvariante (Wahloption) nicht relevant, wenn das Arbeitsverhältnis bei der Postbank Filialvertrieb AG vor dem 01.06.2017 bereits beendet wurde	
8.	**Hinweis:** Nach TV Nr. 7 haben Sie als beschäftigte Person bzw. ehemals beschäftigte Person bei Eintritt des Leistungsfalls die Möglichkeit, zwischen einer monatlichen Betriebsrente und einer Kapital- bzw. Ratenzahlung zu wählen. Die Kapitalisierungsoption gilt nicht für den Besitzstandsbetrag nach TV Nr. 7 i.V.m. TV BZV sowie etwaige VAP-Versicherungsrenten. Der Teilanspruch aus TV Nr. 7 i.V.m. TV 179 bAV Post dagegen kann als Kapital geltend gemacht werden. Kapital- und monatlicher Rentenanspruch können daher parallel bestehen. Die Kapitalisierungsoption gilt auch nicht bei befristeten Renten und bei Renten wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit. Falls der/die verstorbene Person die betriebliche Altersversorgung bereits als Rente bezogen hat, ist weiterhin nur Rentenzahlung möglich. Im Falle des Ablebens während der Kapitalzahlung in Raten, wird das Restkapital an die Hinterbliebenen ausgezahlt. An Waisen wird keine Kapitalzahlung geleistet; sie erhalten trotz des Kapitalwahlrechts eine Waisenrente. Dazu erkläre ich als antragstellende Person: ☐ Ich treffe noch keine Entscheidung und bitte um Zusendung einer Prognoseberechnung zusammen mit einer Erklärung zur Auszahlungsvariante. ☐ Ich habe mich entschieden und beantrage die Auszahlung meiner Betriebsrente als ☐ monatliche Rente oder ☐ Kapitalauszahlung Kapitalzahlung ☐ als einmalige Kapitalauszahlung oder in ☐ 2 Raten ☐ 3 Raten ☐ 4 Raten ☐ 5 Raten ☐ 6 Raten ☐ 7 Raten Bei der Auszahlung als Kapital (sowohl Einmalzahlung als auch Ratenzahlung) wünsche ich ☐ erstmalige Zahlung zum nächstmöglichen Abrechnungstermin ☐ erstmalige Zahlung im Januar des Folgejahres

Angaben Kontoinhaber:in und Bankverbindung	
9.	**Hinweis zu Ziffer 9 a):** Für Zahlungen in den nichteuropäischen Zahlungsraum, d.h. in Länder, die das Zahlverfahren mit dem BIC/IBAN Code nicht verwenden, geben Sie bitte Ihre bisherige Kontonummer im Feld IBAN und die Bankleitzahl im Feld BIC/SWIFT an. Ansonsten sind nur noch BIC und IBAN anzugeben. Auslandszahlungen erfolgen auf Kosten und Gefahr der antragstellenden Person. **Hinweis zu Ziffer 9 b):** Falls Sie als antragstellende Person für das unter 9 a) angegebene Konto nicht selbst oder nicht allein berechtigt sind, holen Sie bitte die unter Ziffer 9 b) aufgeführte Erklärung von den berechtigten Kontoinhaber:innen ein.
a)	Ich bitte um Überweisung der beantragten Leistungen auf folgendes Konto: Name, Vorname (aller Kontoinhaber:innen) _____ Postleitzahl und Wohnort (aller Kontoinhaber:innen wenn abweichend von Ziffer 2) Postleitzahl _____ Wohnort _____ Name und Ort des Geldinstituts: _____ BIC/SWIFT-Code: _____ IBAN: _____ (Bei Überweisungen in Deutschland immer 22 Stellen, sonstige Länder 15 bis 34 Stellen.)
b)	Als Kontoinhaber:in verpflichte ich mich, überzahlte Beträge zurückzuzahlen, die aufgrund des von der antragstellenden Person hier gestellten Antrags auf das unter Ziffer 9 a) genannte Konto gutgeschrieben werden. Ich beauftrage deshalb das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erbinnen und Erben gegenüber, überzahlte Beträge für Rechnung des jeweiligen Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dies gilt auch bei einem späteren Wechsel des kontoführenden Geldinstituts. _____ _____ (Ort, Datum) (Unterschrift(en) handschriftlich Kontoinhaber:innen)

Sozialversicherungsrechtliche Angaben der antragstellenden Person	
10.	Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Name _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____ Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung? _____ Mitgliedsnummer _____ **- nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend –** Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? Name _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____ Mitgliedsnummer _____
11.	Falls **Ziffer 10** mit „ja“ beantwortet wurde: Haben Sie Kinder? **Hinweis:** Erforderlich für den Nachweis der Elterneigenschaft gem. Kinderberücksichtigungsgesetz (Beitragspflicht soziale Pflegeversicherung nach § 55 SGB XI). Aufgrund der Stufenregelung ist der Nachweis für ein Kind immer beizufügen. Für jedes weitere Kind, dass das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist jeweils ein Nachweis beizufügen. ☐ nein ☐ ja (bitte Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, etc. in Kopie beifügen)

Steuerliche Angaben der antragstellenden Person	
12.	Steueridentifikationsnummer: _____ **Hinweis:** Wenn Sie mehrere lohnsteuerpflichtige Bezüge erhalten, müssen Sie einen „Hauptarbeitgeber“ festlegen. In diesem Fall ist anzugeben, ob Ihre Betriebsrentenleistung mit der Steuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5 (Hauptarbeitgeber) oder mit der Steuerklasse 6 (Nebenarbeitgeber) versteuert werden soll. Sie dürfen nur eine zahlende Stelle als „Hauptarbeitgeber“ festlegen. Jeder weitere lohnsteuerpflichtige Bezug unterliegt der Besteuerung mit der Steuerklasse 6. <u>Dazu erkläre ich als antragstellende Person:</u> Die von mir beantragte Betriebsrentenleistung soll versteuert werden mit dem Steuermerkmal ☐ "Hauptarbeitgeber" Steuerklasse: _____ (Steuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5) ☐ "Nebenarbeitgeber" Steuerklasse 6 Konfession: _____ (ev, rk, lt, keine, etc.)
13.	Liegt bei Ihnen als antragstellende Person eine Schwerbehinderung von 50 % oder mehr vor? ☐ nein ☐ ja (Wenn Ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen)

Zusätzliche Angaben bei Antrag auf Rente wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit	
14.	☐ Meine (Post)-Beschäftigungsunfähigkeit wurde durch das Gutachten einer Betriebs-/Amtsärztin oder eines Betriebs-/Amtsarztes festgestellt.
15.	☐ Meine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung habe ich als Vollrente beantragt am _____ (Bitte entsprechenden Nachweis über den Rentenantrag, eine eventuelle Ablehnung des Rentenantrags, einen gegebenenfalls eingelegten Widerspruch, einen aktuellen Versicherungsverlauf der gesetzlichen Rentenversicherung jeweils in Kopie sowie im Original die Verpflichtungserklärung, dass die gesetzliche Rente nach Aufforderung erneut beantragt wird, und die Abtretungsvereinbarung (2-fach) beifügen.) Wer ist der Träger ihrer gesetzlichen Rentenversicherung (Name und Anschrift)? Name _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____ Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung? _____

16.	**Hinweis:** Der Aufstockungsbetrag gemäß TV Nr. 7 i.V.m TV BZV wird nicht mehr gezahlt, wenn Sie als Rentenbezieher:in die Anwartschaft auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus eigenem Verschulden verlieren. Sofern die Anwartschaft auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Zahlung freiwilliger Rentenversicherungsbeiträge aufrechterhalten werden kann, sind Sie als Rentenbezieher:in daher verpflichtet, diese Beiträge zu zahlen. Ansonsten droht der Verlust der Betriebsrente. Eine freiwillige Beitragszahlung entfällt, wenn die Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung bis zum 31.12.1983 gemäß § 240 SGB VI nicht erfüllt werden konnte bzw. ab Geburtsjahrgang 1965 nicht mehr möglich gewesen ist. Eine verbindliche Auskunft hierzu erhalten Sie ausschließlich bei Ihrem gesetzlichen Rentenversicherungsträger. Dazu erkläre ich als antragstellende Person: Das Hinweisblatt zur Pflicht auf Entrichtung freiwilliger Beiträge und die Erklärung über meine Bereitschaft zur Entrichtung freiwilliger Beiträge ☐ habe ich erhalten. Hinweisblatt und Erklärung habe ich unterschrieben und dem Antrag beigefügt. ☐ habe ich nicht erhalten. Bitte übersenden Sie mir ein Exemplar. ☐ ist für mich nicht relevant, da ich die Bedingungen nicht erfüllen kann (s.o. Hinweis unter Ziffer 16 Absatz 2). ☐ Ich werde mich hinsichtlich der Anwartschaftswahrung auf gesetzliche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von meinem gesetzlichen Rentenversicherungsträger beraten lassen. ☐ Ergänzend füge ich den letzten Versicherungsverlauf der gesetzlichen Rentenversicherung bei.
17.	Wird die Rente wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls beantragt? ☐ nein ☐ ja (bitte entsprechende Nachweise in Kopie beifügen) Unfalltag: _____ Name des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung: _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____ Aktenzeichen: _____
18.	**Hinweis zu Ziffer 18 bis 20:** Leistungen, die Sie von Dritten erhalten, und Einkünfte, die Sie erzielen, können Auswirkungen auf die Höhe der Rente wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit haben. Den eventuellen späteren Wegfall der hier genannten Leistungen oder Einkommen (vgl. Ziffern 18–20) müssen Sie deshalb der Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service in Stuttgart in ihrem eigenen Interesse mitteilen. Sofern Einkünfte und Leistungen derzeit nicht, aber zu einem späteren Zeitpunkt bezogen bzw. erzielt werden, sind diese ebenfalls anzuzeigen, damit überzahlte Rentenleistungen zurückgefordert werden können. Beziehen Sie derzeit Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld? ☐ nein ☐ ja (bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.)

19.	Beziehen Sie derzeit ein Erwerbsersatzeinkommen oder Entgeltersatzleistungen oder ruhen diese Leistungen? Hierzu zählen z. B. Unfallrenten, Verletztengeld, Renten aus der Alterssicherung für Landwirte, Rente für Bergleute, Auslandsrenten und sonstige Erwerbsersatzeinkommen. ☐ nein ☐ ja (bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.)
20.	Beziehen Sie Arbeitseinkünfte oder Dienstbezüge aus nichtselbständiger Arbeit? ☐ nein ☐ ja, monatlich brutto _____ EUR (Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.) Beziehen Sie Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit? ☐ nein ☐ ja, monatlich brutto _____ EUR (Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.)

Sonstige Angaben	
21.	Beschäftigungszeiten im Verkehrsgebiet Ost (VGO - ehemalige DDR) Waren Sie als antragstellende Person bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenleistung der/die Verstorbene in der Zeit vom 03.10.1990 bis 31.12.1996 bei der Deutschen Bundespost im VGO beschäftigt? ☐ nein ☐ ja

Bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente, bitte weiter mit Ziffer 22 auf der nächsten Seite.

Ansonsten weiter mit Ziffer 29 sowie der „Abschließende Erklärung der antragstellenden Person“ auf Seite 12.

Zusätzliche Angaben bei Antrag auf Hinterbliebenenleistung	
22.	**Hinweis:** Für den Fall, dass Sie eine VAP-Versicherungsrente für Hinterbliebene beantragen, ist außerdem der Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung über den Bezug einer Witwen-, Witwer- oder Waisenrente erforderlich. Die Leistung soll gewährt werden an die antragstellende Person als ☐ Witwe/Witwer/eingetragener Lebenspartner Tag der Eheschließung mit der verstorbenen Person: _____ (Bitte Eheurkunde oder Lebenspartnerschaftsurkunde in Kopie beilegen) ☐ geschiedene Ehepartnerin bzw. geschiedener Ehepartner der verstorbenen Person. (Bitte bei Ehescheidung vor dem 01.07.1977 einen Nachweis der Unterhaltszahlung beifügen.) ☐ Waise (Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen)
23.	**Hinweis zu Ziffern 23 a) bis 23 c):** Bitte fügen Sie für jede **minderjährige Waise** die Kopie der Geburtsurkunde bei und geben die Steueridentifikationsnummer und die Versicherungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung an. Bei von der Angabe unter **Ziffer 11** abweichender gesetzlicher Krankenversicherung der Waise, teilen Sie bitte zusätzlich den Namen der gesetzlichen Krankenkasse mit. Für jede **volljährige Waise** füllen Sie bitte einen separaten Antrag aus, der von der Waise unterzeichnet wird. Zu den nachfolgenden **Ziffern 23 a)** bis **23 c)** erkläre ich als antragstellende Person: ☐ Ich bin vertretungsberechtigt und beantrage die Hinterbliebenenleistungen auch für die nachstehend genannte(n) minderjährige(n) Waise(n):
a)	1. Waise: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Rentenversicherungsnummer _____ Steuer-Identifikationsnummer: _____ Steuerklasse: _____ (Steuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5) Konfession: _____ (ev, rk, lt, keine, etc.) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort (falls abweichende Anschrift zu Ziffer 2) _____ Name der Krankenkasse (falls abweichender Name zu Ziffer 10) _____

b)	<u>2. Waise:</u> Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Rentenversicherungsnummer _____ Steuer-Identifikationsnummer: _____ Steuerklasse: _____ (Steuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5) Konfession: _____ (ev, rk, lt, keine, etc.) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort (falls abweichende Anschrift zu Ziffer 2) _____ Name der Krankenkasse (falls abweichender Name zu Ziffer 10) _____
c)	<u>3. Waise:</u> Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Rentenversicherungsnummer _____ Steuer-Identifikationsnummer: _____ Steuerklasse: _____ (Steuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5) Konfession: _____ (ev, rk, lt, keine, etc.) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort (falls abweichende Anschrift zu Ziffer 2) _____ Name der Krankenkasse (falls abweichender Name zu Ziffer 10) _____

Angaben zur verstorbenen Person (beschäftigte, ehemals beschäftigte oder berentete Person)	
24.	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
25.	Die Person ist verstorben am: _____ (Bitte Nachweis in Kopie beifügen)
26.	War für die verstorbene Person ein Scheidungsverfahren anhängig oder wurde aufgrund einer Scheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, vom/ beim Amts-/ Familiengericht _____ (Bitte rechtskräftiges Urteil zum Versorgungsausgleich in Kopie beifügen.)
27.	☐ Soweit Rentenbeträge, die der verstorbenen Person zugestanden haben, noch nicht ausgezahlt wurden, bitte ich um Auszahlung.
28.	**Gültig nur für Fälle von Hinterbliebenen, in denen der/die Verstorbene am 31.12.2015 und/oder ab 01.01.2016 beschäftigt war:** Die Auszahlung noch nicht ausgezahlter Rest-Kapitalbeträge nach Tod der/s Leistungsempfängers/in erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung in einer Summe an einen Hinterbliebenen aus der Hinterbliebenengemeinschaft (§ 23 Abs. 2 letzter Satz TV bAV Post). Dieser prüft eigenständig, ob eine Verteilung des Kapitals an weitere Personen aus der Hinterbliebenengemeinschaft notwendig ist. Eine Auszahlung an Erben ist nicht möglich. Die/der bezugsberechtigte Hinterbliebene wurde bereits von der/dem Verstorbenen bei deren/dessen Rentenantragstellung bestimmt: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Antragstellung durch eine Vertretung	
29.	Der Antrag wird durch eine Vertretung für die antragstellende Person unterzeichnet. Die Vertretung besteht als ☐ Bevollmächtigte:r ☐ Betreuer:in/Pfleger:in ☐ Vormund ☐ sonstigen gesetzlichen Vertreter:in (bitte entsprechende Nachweise – Bestallungsurkunde, Vollmacht usw. – in Kopie beifügen) Name bzw. Bezeichnung des/r Vertreter:in _____ Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____ Telefon-Nr. (Vorwahl und Rufnummer) _____

Abschließende Erklärung der antragstellenden Person

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich alle Angaben im vorstehenden Leistungsantrag richtig und vollständig angegeben habe. Hinweise im Text des Antrags habe ich zur Kenntnis genommen und entsprechende Erklärungen abgegeben.

Die mit der Bearbeitung meines Antrags beauftragte Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service kann die für die Anrechnung anderweitiger Versorgung benötigte Höhe der Betriebsrenten eines anderen Trägers ermitteln und zur Anrechnung bringen, sofern diese Betriebsrenten ebenfalls bei der Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service als Dienstleister eines Dritten bearbeitet werden.

Ich verpflichte mich, jede der nachfolgend genannten Änderungen meiner persönlichen Verhältnisse ohne besondere Aufforderung unverzüglich der mit der Bearbeitung meines Betriebsrentenantrags beauftragten Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service mitzuteilen und durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:

- Änderung des Familienstandes
- Änderung der Anschrift
- Umzug ins Ausland
- Wiederheirat
- Änderung der Bankverbindung
- Änderung der Steuerklasse
- Umwandlung der gesetzlichen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder gesetzlichen Altersrente in eine Teilrente
- Wegfall der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- Vollständiger Wegfall der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- Bezug und Wegfall sonstiger Leistungen (Ziffern 18–20)
- Wegfall der Voraussetzungen für den Bezug von betrieblicher Hinterbliebenenrente für Waisen (z. B. Beendigung von Schul- oder Berufsausbildung)

Als Kontoinhaber verpflichte ich mich, überzahlte Beträge zurückzuzahlen, die aufgrund des hier gestellten Antrags auf das unter Ziffer 9 a) genannte Konto gutgeschrieben werden. Ich beauftrage und ermächtige deshalb das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erbinnen und Erben gegenüber, überzahlte Beträge für Rechnung des jeweiligen Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dies gilt auch bei einem späteren Wechsel des kontoführenden Geldinstituts.

Sollte ich für das unter Ziffer 9 a) angegebene Konto nicht oder nicht allein berechtigt sein, habe ich veranlasst, dass die berechtigten Kontoinhaber:innen unter Ziffer 9 b) eine Erklärung unterzeichnen.

Ich erkläre, sofern ein Anspruch auf VAP-Versicherungsrente besteht, des Weiteren, dass ich

Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service mitzuteilen und durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:

- alle Fragen richtig und vollständig beantwortet habe,
- die mir gegen Dritte zustehenden Schadensersatzansprüche in der Höhe an die VAP abtreten werde, in der mir dieVAP aufgrund des dem Schadensersatzanspruch zugrunde liegenden Schadensereignisses Leistungen oder erhöhteLeistungen gewährt. Meine Schadensersatzansprüche werde ich insofern nicht abfinden lassen.
- mit der Anforderung der für das Bestehen des Rentenanspruchs und dessen Höhe notwendigen Datender gesetzlichen Sozialleistungsträger durch die VAP unmittelbar bei den Sozialleistungsträgern einverstanden bin (Rentenbescheiddes gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, Zahlbetrag der aktuellen gesetzlichen Rente).

Mir ist bekannt, dass die Daten zur Berechnung der Versicherungsrente aus der VAP diesem Antrag auf Leistungen nach dem Tarifvertrag Nr. 7 entnommen werden. Die für den Antrag auf Leistungen unterschriebene Verpflichtungserklärung über die Anzeige von Veränderungen meiner persönlichen Verhältnisse gilt auch für den Antrag auf VAP-Versicherungsrente.

Erklärung der antragstellenden Person	
_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift handschriftlich Antragsteller:in)

Verzeichnis der beigefügten Anlagen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

– Anlagen zum allgemeinen Teil (Ziffern 1 bis 13) –

☐ Rechtskräftiges Urteil zum Versorgungsausgleich – **Ziffer 5**

☐ Bescheid(e) des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers über die Gewährung einer Rente – **Ziffer 6**

☐ Bescheid(e) über die Betriebsrente einer anderen, anzurechnenden Versorgung (§ 12 TV BetrAV) – **Ziffer 7**

☐ Nachweis über die Elterneigenschaft anhand Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde etc. – **Ziffer 11**

☐ Nachweis über eine Schwerbehinderung ab einem Grad der Behinderung von 50% – **Ziffer 13**

☐ _____

– Anlagen zum Antrag wegen (Post-)Beschäftigungsunfähigkeit (Ziffern 14 bis 21) –

☐ Nachweis, dass die gesetzliche Rente als Vollrente beantragt wurde – **Ziffer 15**

☐ Letzter Versicherungsverlauf der gesetzlichen Rentenversicherung – **Ziffer 15**

☐ Bescheid des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers über die Ablehnung oder das Versagen von Rente– **Ziffer 15**

☐ Kopie oder Abschrift der Bestätigung, dass gegen den Bescheid des Rentenversicherungsträgers fristgerecht Wider-spruch eingelegt bzw. Klage erhoben wurde – **Ziffer 15**

☐ Verpflichtungserklärung, dass die gesetzliche Rente nach Aufforderung erneut beantragt wird – **Ziffer 15**

☐ Abtretungsvereinbarung – **Ziffer 15**

☐ Hinweis auf die Pflicht zur Entrichtung freiwilliger Beiträge – **Ziffer 16**

☐ Erklärung über die Bereitschaft zur Entrichtung freiwilliger Beiträge – **Ziffer 16**

☐ Bescheid des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung (Gewährung einer Unfallrente) – **Ziffer 17** und **19**

☐ Nachweis über Zahlung von Krankengeld – **Ziffer 18**

☐ Nachweis über Zahlung von Arbeitslosengeld – **Ziffer 18**

☐ Nachweis über Zahlung von Übergangsgeld (Rehabilitationsmaßnahmen) – **Ziffer 18**

☐ Nachweis über sonstiges Einkommen (Arbeitsentgelt, Dienstbezüge, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit) – **Ziffer 20**

☐ _____

– Anlagen zum Antrag auf Hinterbliebenenleistung (Ziffern 22 bis 28) –

☐ Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde – **Ziffer 22**

☐ Nachweis Unterhaltszahlung bei Scheidung vor dem 01.07.1977– **Ziffer 22**

☐ Geburtsurkunde(n) der Waise(n) – **Ziffer 22** und **23**

☐ Sterbeurkunde, Todeserklärung – **Ziffer 25**

☐ Rechtskräftiges Urteil zum Versorgungsausgleich – **Ziffer 26**

☐ _____

– Anlage zur Antragstellung durch einen Vertreter (Ziffer 29)

☐ Bestallungsurkunde/Vollmacht etc. – **Ziffer 29**

☐ _____

Hinweise zur Steuerpflicht und ELStAM (Lohnsteuerabzugsmerkmale)

Die Betriebsrentenleistungen unterliegen der Lohnsteuerpflicht nach § 19 EStG. Die für den Lohnsteuerabzug erforderlichen Daten werden anhand Ihrer Angaben zur Identifikationsnummer und zum Geburtsdatum sowie der Daten in der Ziffern 12 und 13 bzw. 23 a) bis 23 c) elektronisch bei der Finanzverwaltung abgerufen (ELStAM-Verfahren).

Bitte beachten Sie, dass wir die erstmalige Abrechnung Ihrer Betriebsrentenleistungen entsprechend Ihren steuerlichen Angaben vornehmen. Nach Abruf der ELStAM-Daten erfolgt ggf. eine rückwirkende Korrekturabrechnung.

Änderungen bei den Lohnsteuerabzugsmerkmalen müssen über Ihr zuständiges Finanzamt beantragt und durchgeführt wer-den. Bitte informieren Sie uns über einen durchgeführten Steuerklassenwechsel nur, wenn Ihre Betriebsrentenleistung bisher der Versteuerung nach Steuerklasse 6 („Nebenarbeitgeber“) unterlag.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Deutsche Post AG. Niederlassung Renten Service ist beauftragt, die hinsichtlich der betrieblichen Altersversorgung bestehenden Verpflichtungen, der in der Anlage zum Informationsblatt (siehe nächste Seite) genannten Gesellschaften zu verwalten. Die in diesem Antrag erfragten Angaben benötigt die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service zur Feststellung Ihrer Ansprüche sowie zur Berechnung und Zahlung der Leistungen. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet. Weitere Informationen finden Sie auf den nächsten zwei Seiten dieses Antragsformulars unter:

„INFORMATION ÜBER DIE NUTZUNG VON DATEN ZU IHRER PERSON WÄHREND DER (ZUKÜNFTIGEN) GEWÄHRUNG VON BETRIEBSRENTE“

Bei Anfragen, Mitteilung von Änderungen oder Informationen setzen Sie sich bitte unter Angabe Ihrer anfangs genannten Personalnummer oder der Rentennummer in Verbindung mit:

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
Postfach 10 07 41
70006 Stuttgart

INFORMATION ÜBER DIE NUTZUNG VON DATEN ZU IHRER PERSON WÄHREND DER (ZUKÜNFTIGEN) GEWÄHRUNG VON BETRIEBSRENTE

Information für (zukünftige) Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner der in der Anlage zum Informationsblatt genannten Gesellschaften, für die die jeweilige Gesellschaft die Zahlung zugesagt hat.

1. Weshalb erhalten Sie diese Information?

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Die Transparenz über die Datenverarbeitung ist ein zentrales Prinzip der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), die ab dem 25. Mai 2018 anzuwenden ist. Ihre Daten werden von uns im Rahmen der Durchführung Ihres (zukünftigen) Betriebsrentenanspruchs in Übereinstimmung mit der EU-DSGVO und weiteren gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Die Verarbeitung umfasst unter anderem die Erhebung, Speicherung, Nutzung, Veränderung und Löschung der Daten.

2. Wer ist für Ihre Daten verantwortlich?

Verantwortlich für Ihre Daten sind die in der Anlage zum Informationsblatt genannten Gesellschaften, von denen Sie eine Versorgungszusage erhalten haben bzw. nunmehr eine Betriebsrente beziehen. Die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, übernimmt die Abwicklung und Auszahlung Ihres Betriebsrentenanspruchs als Dienstleister.

3. Wer sind die Betrieblichen Beauftragten für den Datenschutz?

Siehe Anlage zum Informationsblatt: Dieses Dokument kann im Internet unter bav-db.de runtergeladen oder telefonisch beim Renten Service unter der Hotline 0711 54060 – 269 angefordert werden.

4. Wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

Siehe Anlage zum Informationsblatt: Dieses Dokument kann im Internet unter bav-db.de runtergeladen oder telefonisch beim Renten Service unter der Hotline 0711 54060 – 269 angefordert werden.

5. Welche Daten verarbeiten wir von Ihnen?

Folgende Datenarten verarbeiten wir ggf. von Ihnen

- Stammdaten (wie Name, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Geburtsort, Familienstand, unterhaltsberechtigte Kinder, Rentennummer, Personalnummer, Steueridentifikationsnummer, Rentenversicherungsnummer, ggf. Daten zum Versorgungsausgleich und gesetzlichem Vertreter)
- Kontaktdaten wie Ihre private Anschrift, E-Mail-Adresse, ggf. auch Telefonnummer
- Vertragsdaten mit Nebenabreden
- Beschäftigungszeiten
- Gehalts- und Rentendaten
- Daten zum Ruhen eines (ehemaligen) Beschäftigungsverhältnisses (Zeitraum, Gründe)
- Bankverbindung
- Steuerdaten
- Daten zur Sozialversicherung

6. Wofür verwenden wir Ihre Daten?

Ihre Daten werden ausschließlich für Zwecke der Durchführung Ihres (zukünftigen) Betriebsrentenanspruchs aus einem (ehemaligen) Beschäftigungsverhältnis bei der Deutsche Bank AG verwendet. Nachfolgend stellen wir Ihnen die von uns verfolgten Verarbeitungszwecke dar:

- Aufnahme, Durchführung und Beendigung von Leistungszahlungen
- Berechnung und Feststellung der Leistungshöhe, Leistungsanpassungen
- Versteuerung der Leistungen
- Meldung und Beitragsabführung zur Sozialversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung)
- Betriebliches und Personal-Reporting, Rückstellungsbildung
- Auskunfts- und Bescheinigungswesen
- Beratung und Betreuung zu den o.g. Punkten, ggf. auch telefonisch und online

7. Wie erhalten wir Ihre Daten?

Um Ihren Betriebsrentenanspruch im Nachgang zu Ihrem (ehemaligen) Beschäftigungsverhältnis durchzuführen, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Stamm- und Kontaktdaten alle personenbezogenen Daten, die wir aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeiten und ggf. auch an andere Stellen weitergeben müssen. Diese Daten teilen Sie uns mit und informieren uns über Änderungen. Daneben sind während Ihrer Tätigkeit bei uns Daten entstanden, die sich auch auf den (zukünftigen) Betriebsrentenanspruch auswirken (z.B. Beschäftigungszeiten, Gehaltsdaten). In Einzelfällen erhalten wir Daten über Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner beispielsweise auch von Finanzämtern, Krankenkassen, Gerichten oder Behörden.

8. Auf welcher Rechtsgrundlage erhalten wir Ihre Daten?

In erster Linie erfolgt die Verarbeitung zur Erfüllung des Ihrem (zukünftigen) Betriebsrentenanspruch zugrundeliegenden Vertrages. In diesem Zusammenhang haben wir u.a. arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche Verpflichtungen zu erfüllen und hierzu Daten zu verarbeiten. Das geltende Datenschutzrecht erlaubt uns in bestimmten Einzelfällen die Verarbeitung aufgrund berechtigter Interessen. Sofern wir die Verarbeitung hiermit begründen, werden wir Sie hierüber und über Ihr Widerspruchsrecht informieren. Auch aufgrund Ihrer Einwilligung dürfen wir Ihre Daten verarbeiten. Ihre Einwilligung holen wir in diesem Fall gesondert ein und informieren Sie über Ihr Widerrufsrecht. Diese Rechtsgrundlagen ergeben sich aus § 26 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Art. 88 in Verbindung mit Art. 6 Absatz 1 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO).

9. Wer hat Zugriff auf Ihre Daten und wie wird dieser gesichert?

Ihre Daten werden in jedem Fall nur berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Konzernweite Prozesse, wie beispiels-weise im Bereich ausgelagerter IT und Personaladministration, können vorsehen, dass neben den berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der

Deutsche Post AG auch Beschäftigte in anderen Konzerngesellschaften berechtigten Zugriff auf Ihre Daten haben.

Sofern rechtlich erlaubt oder verpflichtend, geben wir Daten an konzernexterne Stellen wie Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte, Banken, Finanzämter, Gläubiger, Insolvenzverwalter und Dienstleister außerhalb des Konzerns Deutsche Post DHL Group weiter.

Wird eine andere Konzerngesellschaft oder ein externes Unternehmen als Dienstleister tätig, ist dies durch vertragliche Vereinbarungen gesichert. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten in sogenannte Drittländer oder an internationale Organisationen nehmen wir nicht vor.

10. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Ihre Daten speichern wir so lange, wie dies zur Erfüllung der Verarbeitungszwecke erforderlich ist bzw. solange wir gesetzlich dazu verpflichtet sind. So sind in Deutschland Informationen, die die Grundlage für Zahlungen an Sie (z.B. Renten, Gehälter etc.) bilden, 10 Jahre nach der Zahlung aufzubewahren.

11. Was gilt für automatisierte Entscheidungsfindung?

Automatisierte Entscheidungsfindung auf der Grundlage Ihrer Daten oder eine automatisierte Verarbeitung, Bewertung und Vorhersage bestimmter Aspekte Ihrer Person (Profilbildung) findet durch uns nicht statt.

12. Welche Rechte haben Sie?

Entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen haben Sie das Recht,

- Auskunft über die Daten zu erhalten, die wir über Sie gespeichert haben,
- Berichtigung falscher Daten, die wir über Sie gespeichert haben, zu verlangen,
- Löschung der Daten über Sie zu verlangen, die wir nicht mehr länger bei uns speichern dürfen,
- für den Fall einer automatisierten Entscheidungsfindung dazu angehört zu werden und dieser zu widersprechen,
- einer Verarbeitung Ihrer Daten zur Wahrung unserer berechtigten Interessen zu widersprechen,
- Ihre Einwilligung zu widerrufen,
- eine Kopie Ihrer bei uns über Sie gespeicherten Daten (ggf. in elektronischer Form) zu erhalten.

13. Wie machen Sie Ihre Rechte geltend?

Um Ihre Rechte geltend zu machen, wenden Sie sich bitte an Ihre Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei der Deutsche Post AG,
Niederlassung Renten Service.

Im Falle der Berichtung oder Löschung werden wir auch die empfangsberechtigten Personen Ihrer Daten hierüber informieren.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die zuständigen Datenschutzbeauftragten gerne zur Verfügung.

Sollten Sie der Ansicht sein, Ihre Rechte würden nicht ausreichend gewahrt, so haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

14. Änderungen dieser Information

Sofern sich der Inhalt dieser Information ändert, stellen wir Ihnen die neue Fassung auf unserer Internetseite www.deutschepost.de/rentenservice unter der Rubrik „Betriebsrenten- und Zulagenberechtigte“ oder auf telefonische Anfrage bei unserer Hotline zur Verfügung.