

Antrag auf

- Altersrente gem. Art. 5 und 6 AVB
 Erwerbsminderungsrente gem. Art. 7 AVB

Rentenbeginn:

Mitglied:

Versicherten-Nr.:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift: Geburtsort:

Tel. Festnetz:

E-Mail: Tel. mobil:

Newsletter gewünscht: Ja Nein

Rentenversicherungs-Nr.:

Persönliche Identifikations-Nr.:
(11-stellige Zahl)

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet seit:

Bankverbindung:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:
(falls abweichend vom Antragsteller)

Krankenversicherung / Pflegeversicherung:

gesetzlich privat Name der Krankenkasse:

Kinder: ja nein (Elterneigenschaft bedingt Beitragsnachlass in der Pflegeversicherung)

Ehepartner/in:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Geburtsort:

Rentenversicherungs-Nr.:

Persönliche Identifikations-Nr.:
(11-stellige Zahl)

Einzureichende Unterlagen:

- Kopie Geburtsurkunde 1. Kind und ggf. **weiterer** Kinder, sofern diese das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Nachweis über Beendigung Arbeitsverhältnis vom Arbeitgeber
- Eidesstattliche Erklärung

Bei Rentenbeginn mit Erreichen der **Regelaltersgrenze** in der gesetzlichen Rentenversicherung sind **keine weiteren Nachweise** erforderlich!

- Kopie Rentenbescheid (ohne Berechnungsgrundlagen) über den Bezug einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines anderen Versorgungsträgers
- Kopie Rentenbescheid (ohne Berechnungsgrundlagen) über den Bezug einer Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines anderen Versorgungsträgers
-

Mitgliedsurkunde/Aufnahmeschein:

- ist beigelegt.
- ist nicht mehr vorhanden und wird bei Auffinden unverzüglich nachgereicht.

Erklärung des Versorgungsempfängers gegenüber der Geno Pensionskasse VVaG, Karlsruhe

- Mir ist bekannt, dass jede Veränderung der Verhältnisse, die den Anspruch auf Versorgungsleistungen oder die Zahlung selbst beeinflussen (z. B. Rentenbezug bzw. -wegfall, angegebene Einkünfte, Familienstand, Anschrift, Bankverbindung, Krankenkassenwechsel), unverzüglich zu melden ist.

Ich verpflichte mich, solche Veränderungen sofort nach ihrem Eintreten/Bekanntwerden schriftlich mitzuteilen.

- Mir ist ferner bekannt, dass die Leistungen ab dem Zeitpunkt einzustellen sind, in dem die Voraussetzungen für ihre Gewährung entfallen. Ich verpflichte mich (ggf. auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben), die über diesen Zeitpunkt hinaus und somit ohne Rechtsgrund erhaltenen Zahlungen an den Versorgungsträger zu erstatten.
- Gegenüber meinem kontoführenden Geldinstitut erkläre ich mich damit einverstanden und erteile hiermit den Überweisungsauftrag, dass meinem Konto gutgeschriebene Versorgungsleistungen des Versorgungsträgers, die irrtümlich oder ohne Vorliegen eines Rechtsgrunds gezahlt wurden, im Rahmen des verfügbaren Guthabens an den Versorgungsträger zu erstatten sind. Im Falle meines Ablebens ist die Überweisung ohne Zustimmung und Auftrag meiner Erben oder der nach dem Tod Verfügungsberechtigten auszuführen.

Ich versichere die Richtigkeit der in diesem Antrag von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis zum Datenschutz:

Ihre persönlichen Daten verarbeiten wir gem. den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Homepage www.geno-pensionskasse.de.