

An die

**Versorgungseinrichtung der üstra e.V.**

Postfach 25 40

30025 Hannover

**Antrag auf Betriebsrente für Beschäftigte**

**I. Personalien des Beschäftigten:** (bitte in Druckschrift)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
(bei Frauen auch Geburtsname)

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Postleitzahl

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**II. Sonstige Angaben:**

Bitte Bescheid der gesetzlichen Rentenversicherung Deutschland beifügen.

**Versteuerung der Betriebsrente:**

	ja	nein
Aufgrund Hauptarbeitgebereigenschaft (Steuerklasse 1 – 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund Nebenarbeitgebereigenschaft (Steuerklasse 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Steuer-ID-Nr.: \_\_\_\_\_

**Im Falle von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit:**

Hängt die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit einem Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten gemäß § 18 des Tarifvertrages über die Altersversorgung der Betriebsangehörigen der üstra vom 21. 11. 2002 zusammen?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, gegen wen bestehen Schadenersatzansprüche? \_\_\_\_\_

**III. Zahlung der Rente**

**Abtretung Selbsthilfekasse (SHK):**

Von der Betriebsrente wird der monatliche Selbsthilfekassen-Beitrag in der jeweils geltenden Höhe an die SHK abgetreten.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**Abtretung Sportgemeinschaft (üstra):**

Von der Betriebsrente wird der monatliche Mitgliedsbeitrag in der jeweils geltenden Höhe an die Sportgemeinschaft der üstra abgetreten.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Im Falle der Abtretung bitte Art des Beitrages ankreuzen.

<input type="checkbox"/>	Familienbeitrag
<input type="checkbox"/>	Einzelbeitrag

**Bankverbindung:**

Die Betriebsrente soll auf mein Konto bei: \_\_\_\_\_  
(Geldinstitut)

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
überwiesen werden.

**IV. Vollmacht:**

Ich bevollmächtige hiermit die Versorgungseinrichtung der üstra e.V. – über meinen Tod hinaus – im Falle meines Versterbens überzahlte Betriebsrentenleistungen vom kontoführenden Geldinstitut zurückzufordern. Die über meinen Tod hinaus geleisteten Betriebsrentenleistungen sind nicht meinem Nachlass zuzurechnen.

**V. Erklärung des Rentenberechtigten:**

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung über meine dortigen Rentenbezüge der Versorgungseinrichtung der üstra e.V. gegenüber Auskunft erteilt. Ich versichere, dass alle Angaben, die ich gemacht habe, der Wahrheit entsprechen und ich die Unterschrift selbst geleistet habe.

Hannover, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Besucheranschrift: Am Hohen Ufer 6 · Hannover  
E-Mail: versorgungseinrichtung@uestra.de  
Web: ve-uestra.de

Anlagen: