



Die Antragsbearbeitung erfolgt durch:

**Deutsche Telekom Services Europe  
 HR-Kundenservice  
 Postfach 400163  
 50831 Köln**

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie Teil A ausfüllen und eigenhändig unterschreiben. Beachten Sie bitte die anhängenden Erläuterungen (**insbesondere zu Ziffer 21**), die Ihnen das Ausfüllen des Antrags erleichtern sollen. Wenn Ihnen das Ausfüllen des Antragsvordruckes trotzdem Schwierigkeiten bereiten sollte, wird Ihnen der frühere Arbeitgeber des/der Versicherten bzw. Versicherungsrentenberechtigten dabei sicher gerne behilflich sein.  
**Hinweis zum Datenschutz: Die in diesem Antrag erfragten Daten benötigt die VAP zur Feststellung Ihres Anspruchs sowie zur Berechnung und Zahlung der Leistungen. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet. Ohne diese Angaben ist die Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich. Detaillierte Informationen zum Datenschutz bei der VAP oder bei Beschwerden in Bezug auf Datenschutz bei der VAP können Sie der Homepage [www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf](http://www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf) entnehmen. Auf besondere Anforderung können Sie diese Information auch in Schriftform erhalten.**

## Antrag auf Versicherungsrente bzw. Leistungen nach § 18 Betriebsrentengesetz für Versicherte oder Hinterbliebene <sup>1)</sup>

1) Dieser Antrag gilt auch für Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Felder, die Ehe und Familienstand der Witwe/des Witwers betreffen, gelten entsprechend.

VAP-Versicherungsnummer oder VAP-Rentennummer

Angaben zur Person des/der Versicherten oder Hinterbliebenen	
1	Name, Vorname <span style="float: right; padding-left: 100px;">Geburtsname</span>
2	Ggf. früher geführte(r) Name(n) <span style="float: right; padding-left: 100px;">Geburtsdatum</span>
3	Straße, Hausnummer
4	Postleitzahl, Wohnort <span style="float: right; padding-left: 100px;">Telefon (Vorwahl und Rufnummer)</span>
5	Staatsangehörigkeit <span style="float: right; padding-left: 100px;">Steuerliche Identifikationsnummer</span>
6	<b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Hinterbliebenenrente -</b> Tag der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen
7	Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)  Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.  Haben oder hatten Sie Kinder <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Der Nachweis für ein Kind ist ausreichend. Eine Zusendung dieses Nachweises ist nicht erforderlich, wenn Sie vor dem 01.01.1940 geboren wurden.  <b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)

VAP-Fbl. Stand: 22.08.2022

**Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung**

7a	Versicherungsnummer des Antragstellers in der gesetzlichen Rentenversicherung:
----	--

**Antragstellung durch andere Personen**

8	Der Antrag wird in Vertretung des/der Versicherten/Hinterbliebenen gestellt vom: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Betreuer/Pfleger <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> sonstigen gesetzlichen Vertreter Bitte entsprechende Nachweise (Betreuerausweis, Vollmacht usw.) beifügen.
9	Name, Vorname bzw. Bezeichnung der Behörde: _____
10	Anschrift

**Angaben zur Person des/der Verstorbenen  
(Angaben nur bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)**

11	Name, Vorname	Geburtsname
12	ggf. früher geführte(r) Name(n)	Geburtsdatum
13	Verstorben am	
14	<b>- Nur ausfüllen, wenn der/die Verstorbene eine Rente aus der VAP bezogen hat -</b> Wurde der Tod der Deutschen Telekom Services Europe – HR-Kundenservice - mitgeteilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	

**Bankverbindung**

15	Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:	
16	BIC/SWIFT-Code:	
	IBAN:	
17	Name und Ort des Geldinstitutes:	
18	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.	

Beantragte Leistung		
19	Ich beantrage Rente wegen	
20	<input type="checkbox"/> Bezug einer gesetzlichen Altersrente	
21	<input type="checkbox"/> Erreichens der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung	
22	<input type="checkbox"/> voller Erwerbsminderung/Dienstunfähigkeit	
23	<p><b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Hinterbliebenenrente(n) -</b>            Ich beantrage Rente für</p> <input type="checkbox"/> Witwen <input type="checkbox"/> Witwer <input type="checkbox"/> Geschiedene (früherer Ehegatte) <input type="checkbox"/> erstmalig <input type="checkbox"/> Wiederaufleben <input type="checkbox"/> Waisen	
	Name und Vorname(n) der Waisen	Geburtsdatum
	Für jede volljährige Waise bitte ein Blatt "Zusatzangaben der volljährigen Waise" ausfüllen.	

Weitere Versicherungsverhältnisse oder weitere Ansprüche auf Rente	
24	Erhalten Sie bereits eine VAP-Rente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer <input type="text"/> von <input type="checkbox"/> Deutsche Post AG, NL Renten Service, Abt. Betriebsrenten <input type="checkbox"/> Deutsche Telekom AG
25	Haben Sie früher aus einem eigenen Versicherungsverhältnis eine VAP-Rente erhalten oder beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer <input type="text"/>
26	Sind Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer <input type="text"/> Anschrift der ZVE:
27	Erhalten Sie oder haben Sie Anspruch auf Rente/Hinterbliebenenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter dem Zeichen/der Nummer <input type="text"/> Anschrift der ZVE:
28	Erhalten Sie Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. haben Sie solche beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, zuständiges Versorgungszentrum:

<b>Sonstige Angaben</b>			
29	Beziehen oder beantragen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	vom Versorgungsamt in (Anschrift) _____	Aktenzeichen _____
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
30	Lastenausgleichsgesetz	vom Lastenausgleichsamt in (Anschrift) _____	Aktenzeichen _____
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
31	SGB XII (Sozialhilfe)	von (Name des Trägers und Anschrift) _____	Aktenzeichen _____
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
32	Haben Sie Ihren Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt bereits im Ausland oder beabsichtigen Sie, Ihren Wohnsitz in das Ausland zu verlegen?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für die Zeit vom _____ bis _____		
	<input type="checkbox"/> Ja, auf Dauer (ggf. neue Anschrift)		
33	<b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Rente für Versicherte -</b>		
	Wurde aufgrund einer Ehescheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts/Familiengericht _____		
	Bitte Entscheidung zum Versorgungsausgleich beifügen.		
34	Ist ein Ehescheidungsverfahren anhängig?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts/Familiengericht _____		
35	Bestehen Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Ihrem/Ihrer geschiedenen Ehemann/Ehefrau?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)		
36	<b>- Nur ausfüllen, bei Antrag auf Hinterbliebenenrente -</b>		
	Wurde bei dem/der Verstorbenen ein Versorgungsausgleich durchgeführt oder ist ein Verfahren anhängig?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts/Familiengericht _____		
37	Steht der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch andere Personen verursacht oder mitverursacht worden ist (z. B. durch Verkehrsunfall, Wegeunfall, tätlichen Angriff, Unfall mit Tieren, ärztlicher Behandlungsfehler)?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Unfalltag _____		
	Name und Anschrift des Schädigers:		
	Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers (ggf. Aktenzeichen):		
38	<b>- Nur ausfüllen von Frauen, die verheiratet sind oder waren -</b>		
	Haben Sie sich anlässlich Ihrer Eheschließung die Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung erstatten lassen?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für die Zeit vom _____ bis _____		

## Zusatzangaben der volljährigen Waise

Angaben zur Person	
39	Name, Vorname <span style="float: right; padding-left: 100px;">Geburtsdatum</span>
40	Straße, Hausnummer
41	Postleitzahl, Wohnort <span style="float: right; padding-left: 100px;">Telefon (Vorwahl und Rufnummer)</span>
42	Staatsangehörigkeit <span style="float: right; padding-left: 100px;">Steuerliche Identifikationsnummer</span>
43	<p>Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span></p> <p>Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p> <p>Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.</p> <p>Haben oder hatten Sie Kinder <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span></p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Der Nachweis für ein Kind ist ausreichend.</p> <p><b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p>

Bankverbindung	
44	<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Überweisung auf das unter den Ziffern 15-18 angegebene Konto einverstanden.
45	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:
46	BIC/SWIFT-Code:
	IBAN:
47	Name und Ort des Geldinstitutes:
48	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.

## Erklärung der antragstellenden Person

Ich erkläre, dass ich

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

Ich verpflichte mich,

- die mir mit der Mitteilung der VAP über die Erstberechnung der Versicherungsrente zugehenden Hinweise auf die Anzeigepflicht nach § 63 der VAP-Satzung zu beachten und diesen nachzukommen,
- unter Berücksichtigung der Anzeigepflichten (§ 63 VAP-Satzung) die VAP unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Anspruch auf Versicherungsrente nach Grund oder Höhe berühren.

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ruht oder wegfällt,

- die aufgrund einer Verletzung einer Anzeigepflicht zu viel gezahlten Rentenbeträge an die VAP zurückzuzahlen,
- der Deutschen Telekom Service Europe – HR-Kundenservice - unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge an die Deutsche Telekom Service Europe – HR-Kundenservice - für Rechnung des Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann nur von mir - nicht jedoch von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift**

Die nachstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Antragsbearbeitung. Eine Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift erfolgt nur, wenn Sie die Antwort „Ja“ ankreuzen und unterschreiben.

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift an die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften (§ 2, Abs. 1 und Anh. 1 zu § 2 der VAP-Satzung) für die Zusendung von Informationsmaterial weitergegeben werden:**

(Bitte je Unterschrift ankreuzen)

Nein       Ja

Nein       Ja

Nein       Ja

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

**Verzeichnis der Anlagen, die dem "Antrag auf Versicherungsrente" beigelegt sind  
(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

<input type="checkbox"/> C01	Zurruhesetzungsverfügung
<input type="checkbox"/> C02	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Gewährung von Rente
<input type="checkbox"/> C03	Bescheid(e) über die Gewährung von Rente(n) aus einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung bzw. Nachweis über laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge
<input type="checkbox"/> C04	Sterbeurkunde des/der Versicherten bzw. Rentenempfängers/Rentenempfängerin
<input type="checkbox"/> C05	Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde
<input type="checkbox"/> C06	Geburtsurkunde(n) der rentenberechtigten Waise(n)
<input type="checkbox"/> C07	Amtsärztliches Zeugnis für die über 18 Jahre alten Waisen, dass sie infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande sind, sich selbst zu unterhalten
<input type="checkbox"/> C08	Betreuerausweis über Betreuungsverhältnis/Pflegschaft
<input type="checkbox"/> C09	Belege zur Erklärung der Verschollenheit des/der Versicherten
<input type="checkbox"/> C10	Nachweis der Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/> C11	Nachweis über private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> C12	
<input type="checkbox"/> C13	



## **Erläuterungen zum Antrag auf Versicherungsrente für Versicherte oder Hinterbliebene**

Die VAP führt die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer für die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften durch. Die Versicherungsrente wird aufgrund tarifvertraglicher Regelungen in Verbindung mit der Satzung der VAP gewährt.

### **Geschäftsbesorgung**

Die Bearbeitung der Anträge auf Leistungen der VAP sowie deren Auszahlung (Überweisung) erfolgt durch die Deutsche Telekom Services Europe, HR-Kundenservice, Postfach 400163 Köln.

Die Berechnung und ggf. Anpassung der Leistungen sowie der Versand der entsprechenden Mitteilungen erfolgt im Auftrag der Deutschen Telekom AG durch die

Firma Willis Towers Watson GmbH, Postfach 28 07, 72718 Reutlingen.

Anspruch auf Versicherungsrente für Versicherte besteht, wenn

- die Wartezeit erfüllt,
- der Versicherungsfall eingetreten und
- der/die Versicherte in diesem Zeitpunkt freiwillig (weiter-)versichert oder beitragsfrei versichert ist.

Anspruch auf Versicherungsrente für Hinterbliebene besteht, wenn der/die Verstorbene

- im Zeitpunkt des Todes freiwillig (weiter-)versichert oder beitragsfrei versichert (also nicht pflichtversichert) war und die Wartezeit erfüllt hatte oder,
- bereits Versicherungsrente für Versicherte bezogen hat.

War der/die Verstorbene im Zeitpunkt des Todes pflichtversichert oder hat er/sie in diesem Zeitpunkt Versorgungsrente bezogen, bitte den „Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene“ verwenden.

### **VAP-Versichertennummer**

Die VAP-Versichertennummer ist in den Versicherungsunterlagen (z. B. Anmeldebestätigung, Abmeldung) angegeben. Ist Ihnen die Versichertennummer nicht bekannt, kann die Eintragung entfallen.

### **VAP-Rentennummer**

Die VAP-Rentennummer ist aus der letzten Rentenmitteilung zu ersehen.

### **Zu den Ziffer 5, 23 und 42: Steuerliche Identifikationsnummer**

Geben Sie hier die 11-stellige Identifikationsnummer (IdNr) nach § 139 b Abgabenordnung (AO), die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilt wurde, an. Sie finden Ihre IdNr auf dem Einkommensteuerbescheid, auf Ihrer Lohnsteuerbescheinigung oder im Informationsschreiben Ihres Finanzamtes.

### **Zu Ziffer 7: Krankenkasse und Pflegekasse**

Die Renten der VAP unterliegen der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die VAP ist daher verpflichtet, von diesen Renten den Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag einzubehalten und an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse abzuführen. Die Angabe der Mitgliedsnummer der Krankenkasse und Pflegekasse ist zwingend erforderlich.

Aufgrund des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes vom 15.12.2004 müssen Kinderlose der Geburtsjahrgänge nach 1939, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung zahlen. Neben leiblichen und adoptierten Kindern gelten unter besonderen Voraussetzungen auch Stief- und Pflegekinder als Kinder im Sinne dieses Gesetzes. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die antragsbearbeitende Stelle.

**Zu den Ziffern 15 bis 18: Bankverbindung**

Die IBAN- und BIC-Kennzahl finden Sie auf Kontoauszügen Ihrer Bank.

**Zu Ziffer 21: Erreichen der Altersgrenze**

Wird Ihnen aufgrund Ihres Antrages beim gesetzlichen Rentenversicherungsträger wegen Erreichen der Altersgrenze erstmalig keine Vollrente, sondern eine Teilrente bewilligt, können Leistungen aus der VAP nicht gewährt werden.

**Zu Ziffer 23: Beantragte Versicherungsrente für Hinterbliebene**

Anspruchsberechtigt sind

- die Witwe,
- der Witwer
- der/die eingetragene Lebenspartner/in sowie
- die Kinder des/der Verstorbenen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ferner sind anspruchsberechtigt

- die geschiedene Ehefrau, wenn die Ehe vor dem 01. 07. 1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde und die Ehefrau nicht wieder geheiratet hat. Dies gilt nur, wenn die Ehe aus alleinigem oder überwiegendem Verschulden des Verstorbenen geschieden wurde und der Verstorbene im letzten Jahr vor seinem Tode Unterhalt geleistet hat oder zum Unterhalt verpflichtet war.
- die volljährige Waise bis zum 27. Lebensjahr, wenn sie eine entsprechende gesetzliche Rente erhält. Über das 27. Lebensjahr hinaus wird Waisenrente nur gewährt, wenn die Waise infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

**Zu den Ziffern 26 und 27: Zusatzversorgungseinrichtungen**

Zusatzversorgungseinrichtungen sind z. B. die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), die Bundesbahnversicherungsanstalt Abteilung B sowie die kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungskassen.

**Zu Ziffer 33: Versorgungsausgleich**

Ein Versorgungsausgleich könnte durchgeführt worden sein, wenn eine frühere Ehe des/der Verstorbenen geschieden wurde.

**Zu den Ziffern 44 bis 48: Bankverbindung**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 15-18.