

Ersatzanspruch des Arbeitgebers bei Altersrenten.

Dieses Formular ist nur auszufüllen, wenn Sie einen Ersatzanspruch auf eine **Altersrente** wegen vorschussweise gezahlter Krankenbezüge geltend machen.

Wichtig: Bei einer Rente wegen Erwerbsminderung ist immer die Anlage 2 „**Ergänzende Angaben des Arbeitgebers bei Erwerbsminderung**“ (L600B) auszufüllen. Dort können Sie den Ersatzanspruch geltend machen.

Angaben zur Versicherten/zum Versicherten.

VBL-Versicherungsnummer
(z. B. aus der Anmeldebestätigung ersichtlich)

Name der Versicherten/des Versicherten

Vorname(n) der Versicherten/des Versicherten

Geburtsdatum (Tag | Monat | Jahr)

Angaben zum Arbeitgeber.

Wurden oder werden vorschussweise
Krankenbezüge gezahlt?

ja

vom

bis

Tag | Monat | Jahr

Tag | Monat | Jahr

nein

Auf die Betriebsrente wird Ersatzanspruch
geltend gemacht

ja

nein

In Höhe von

, Euro

Bankverbindung des Arbeitgebers bzw. der abrechnenden Stelle.

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Geldinstitut (Name, Ort)

Name Kontoinhaber/-in bzw. Bezeichnung

Im Überweisungsträger ist folgender Verwendungszweck anzugeben:

Es stehen nur 20 Felder zur Verfügung. Der Buchungshinweis ist daher in sinnvoll gekürzter Form so einzutragen, dass eine korrekte Buchung erfolgen kann. **Zusätzlich werden im Überweisungsträger ausgedruckt:** Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Versicherten.

Die Mitteilung über die Erstattung des Ersatzanspruches ist an folgende Anschrift zu senden:

Dienststelle

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Gegebenenfalls auch Kurzbezeichnung der letzten Beschäftigungsstelle angeben. Es kann nur ein Empfänger berücksichtigt werden.

Im Interesse der Antragstellerin/des Antragstellers achten Sie bitte darauf, dass

- alle Fragen des Antrags vollständig beantwortet sind,
- der Antrag, sowie alle Anlagen unterschrieben sind,
- alle Anlagen in Kopie beigefügt sind.

Um eventuell erforderliche Rückfragen schnell und direkt klären zu können, bitten wir um folgende Angaben:

Personalnummer der/des Versicherten

Telefon-Nr./Durchwahl der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Fax-Nummer der zuständigen Stelle beim Arbeitgeber

Anlagen des Arbeitgebers

Ansprechpartner

Frau/Herr

Dienstsiegel/Stempel

Für die Richtigkeit

Ort, Datum

Unterschrift