

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

# Antrag

## Erstattung von Versicherungsbeiträgen nach §§ 14a Absatz 4 und 14b Absatz 2 Arbeitsplatzschutzgesetz

### Hinweise für die antragstellende Person:

Der Antrag ist bis spätestens 1 Jahr nach dem Freiwilligen Wehrdienst bei dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) zu stellen.

AN:

Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr  
Referat VII 3.2  
Postfach 30 10 54  
40410 Düsseldorf

Eingangsstempel BAPersBw

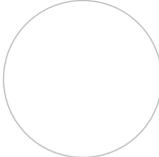
Ich beantrage für die Zeit des Freiwilligen Wehrdienstes die Erstattung von Beiträgen zu meiner Versicherung in der vom Versicherungsunternehmen genannten Höhe und mache hierzu folgende Angaben:

Nachname	Vorname
Personalnummer	Personenkennziffer (falls nicht bekannt, Geburtsdatum)
Heimatwohnsitz Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	
Truppenteil	PLZ, Ort

Ich bin Freiwilligen Wehrdienst Leistender beziehungsweise Leistende (**nicht** Reservistendienst Leistender beziehungsweise Leistende oder Soldat beziehungsweise Soldatin auf Zeit) vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ voraussichtlich (Datum).

### Bestätigung durch den Truppenteil

Die Angaben zum Wehrdienstverhältnis treffen zu

Name	Dienstgrad/Dienstverhältnis
Dienstsiegel	Datum, Unterschrift
	

Am Tage vor Beginn des Freiwilligen Wehrdienstes war ich

Schüler/Student

Arbeitslos

Arbeitnehmer

Beamter

Selbstständig als (Berufsbezeichnung)

---

Während des Freiwilligen Wehrdienstes ruht das Beschäftigungsverhältnis

Ja

Nein

Die Arbeitgeberin beziehungsweise der Arbeitgeber hat sich vor Beginn des Freiwilligen Wehrdienstes an der Versicherung im Rahmen einer betrieblichen oder sonstigen Zusatzversorgung beteiligt.

Ja

Nein

Das Beschäftigungsverhältnis ist beendet

Ja

Nein

### Bestätigung durch den Arbeitgeber

Die antragstellende Person war in den letzten 12 Monaten vor Beginn seines Freiwilligen Wehrdienstes mehr als geringfügig im Sinne von § 8 Sozialgesetzbuch IV beschäftigt.

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

Datum, Unterschrift

Firmenstempel

---

Die Beiträge habe ich in den letzten 12 Monaten vor Beginn meines Freiwilligen Wehrdienstes geleistet

Aus eigenem Einkommen (Nachweise sind beizufügen)

Nicht aus eigenem Einkommen

Ich bitte, die Beiträge an das Versicherungsunternehmen zu überweisen.

### Erklärung

Vorstehende Angaben sind richtig. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinem Versicherungsverhältnis sowie in meinem Wehrdienstverhältnis unverzüglich dem BAPersBw anzuzeigen und überzahlte Beiträge an diese zurückzuzahlen.

Ich ermächtige das Versicherungsunternehmen umseitige Bestätigung abzugeben und dem BAPersBw auf Anfrage weitere Auskunft über mein Versicherungsverhältnis zu geben.

### Belehrung zum Datenschutz

Ihre personenbezogenen Angaben sind freiwillig. Sie dienen der Prüfung des Anspruchs auf finanzielle Leistungen nach den oben genannten Vorschriften sowie der Bewilligung und Auszahlung an den jeweiligen Versicherungsträger. Ohne diese Angaben können Ihnen die gesetzlich vorgesehenen Leistungen nicht bewilligt werden.

Die Daten werden beim BAPersBw verarbeitet und so lange gespeichert, wie es für die Abwicklung der Zahlung und die Rechnungsprüfung des Bundes erforderlich ist. Danach werden die Daten wieder gelöscht. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.

Datum , Unterschrift

---

Anschrift des Versicherungsunternehmens

---



---



---

**Das Original bitte zurücksenden an:**  
 Bundesamt für das  
 Personalmanagement der Bundeswehr  
 Referat VII 3.2  
 Postfach 30 10 54  
 40410 Düsseldorf

**Bestätigung der Vertragsdaten durch die Hauptverwaltung des Versicherungsunternehmens**

**Versicherungsvertrag**

Name der Beitragszahlenden Person

---

Versicherungsnummer (1. Vertrag)

---

Versicherungsnummer (2. Vertrag)

---

Versicherungsnummer (3. Vertrag)

---

**1. Vertrag                      2. Vertrag                      3. Vertrag**

Nach dem Altersvermögensgesetz  
(sog. „Riester-Rente“)

Rentenversicherung mit und ohne  
Kapitalwahlrecht gegen laufende  
Beitragsleistungen

Kapitalversicherungen gegen  
laufende Beitragsleistungen

Direktversicherungen im Wege  
einer Gehaltsumwandlung

Sonstige

Ggf. Zertifizierungsnummer

Datum Versicherungsbeginn

Datum Versicherungsende

Datum des Antrages auf Abschluss des Vertrages

Ausfertigung des Versicherungsscheines am

Wehrdienstleistende/Wehrdienstleistender ist  
Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer  
seit

Wehrdienstleistende/Wehrdienstleistender ist  
versicherte Person/Bezugsberechtigte/  
Bezugsberechtigter im Erlebensfall seit

Vertrag beinhaltet Möglichkeit zu Teilauszahlungen

Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
ab _____					

Vertrag beinhaltet Ablaufphase/Abrufphase

Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
ab _____					

Kündigung des Vertrages durch  
Versicherungsgesellschaft oder  
Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer

Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
ab _____					

Beitragsfreistellung/Beitragsstundung vereinbart  
bzw. beantragt

Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
ab _____					
vom _____					
bis _____					
EUR _____					

**Gesamtbetrag der von/vom Beitragszahlerin/  
Beitragszahler für die letzten 12 Monate vor  
Wehrdienstbeginn nachweisbar eingezahlten  
Beträge**

**Die Erstattungsbeträge sollen wie folgt überwiesen werden:**

(Hinweis: Während des Wehrdienstes ist eine Beitragszahlung an die oder den Freiwillig Wehrdienst  
Leistende beziehungsweise Leistenden grundsätzlich nicht möglich)

Versicherungs-/Verwaltungs-/Buchungsnummer als Verwendungszweck der Zahlung und ggf. abweichende/r Empfänger/in

IBAN

BIC

Geldinstitut

Ort

Ort

Datum, Unterschrift

Stempel des Versicherungsunternehmens