

Antrag auf Erstattungen von Versicherungsbeiträgen nach §§ 14 a Abs. 4 / 14 b Abs. 2 Arbeitsplatzschutzgesetz

Hinweise für den/die Antragsteller/in:
Der Antrag ist bis spätestens 1 Jahr nach Beendigung des freiwilligen Wehrdienstes zu stellen.

An

**BAPersBw – Referat VII 3.2 - Team 8 -
Postfach 30 10 54
40410 Düsseldorf**

Der Antrag ist vollständig ausgefüllt einzureichen.

- Bitte Zutreffendes ankreuzen

(Name und Anschrift der Hauptverwaltung des Versicherungsunternehmens)

Eingangsstempel

Ich beantrage für die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes die Erstattung von Beiträgen zu meiner Lebens- / Rentenversicherung in der vom Versicherungsunternehmen genannten Höhe und mache hierzu folgende Angaben:

1.	Name, Vorname	Personenkennziffer
	Heimatwohnsitz (Straße, HausNr. PLZ, Ort)	Telefonisch erreichbar unter (priv., dienstl.)
	Truppenteil, Kaserne, PLZ, Ort	
2.	Ich bin Freiwillig Wehrdienstleistende/r (nicht SaZ bzw. RDL) vom bis voraussichtlich (Datum)	
3.	Bestätigung durch den Truppenteil Die oben gemachten Angaben zum Wehrdienstverhältnis treffen zu	
	Datum, Unterschrift, Name, Dienstgrad / Dienstverhältnis	Dienstsiegelabdruck
	Beachte: Bei Antragstellung nach Beendigung des freiwilligen Wehrdienstes ist eine Kopie der Wehrdienstzeitbescheinigung beizufügen.	
4.1	Am Tage vor Beginn des freiwilligen Wehrdienstes war ich <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter selbständig als (Berufsbezeichnung)	
4.2	Während des freiwilligen Wehrdienstes <input type="checkbox"/> ruht das Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> bin ich beurlaubt	
4.3	Die /Der Arbeitgeber/in hat sich vor Beginn des freiwilligen Wehrdienstes an der Versicherung (keine Versicherung nach dem Vermögensbildungsgesetz) im Rahmen einer betrieblichen, überbetrieblichen oder sonstigen Zusatzversorgung <input type="checkbox"/> beteiligt <input type="checkbox"/> nicht beteiligt	
4.4	Das Beschäftigungsverhältnis ist <input type="checkbox"/> beendet <input type="checkbox"/> nicht beendet	
5.	Bestätigung durch die /den Arbeitgeber/in: Die /der Antragsteller/in war die letzten 12 Monaten vor Beginn seines freiwilligen Wehrdienstes mehr als geringfügig im Sinne von § 8 Sozialgesetzbuch IV beschäftigt. *	
	Name der/des Arbeitgeberin / Arbeitgebers	Datum, Unterschrift Firmenstempel
	* ansonsten Kopien von Lohn-/ bzw. Gehaltsbescheinigungen, Arbeitslosenentgeltbescheinigung, Steuerbescheide, Lohnsteuerbescheinigungen, Sozialversicherungsbescheinigungen oder bei Selbstständigen die Gewinn- und Verlustrechnung, jeweils für den Zeitraum der letzten 12 Monate vor Wehrdienstbeginn	
6.	Die Beiträge habe ich in den letzten 12 Monaten vor Beginn des freiwilligen Wehrdienstes geleistet <input type="checkbox"/> aus eigenem Einkommen <input type="checkbox"/> nicht aus eigenem Einkommen	
7.	Ich bitte, die Beiträge an das Versicherungsunternehmen zu überweisen.	
8.	Erklärung: Vorstehende Angaben sind richtig. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinem Versicherungsverhältnis sowie in meinem Wehrdienstverhältnis unverzüglich dem BAPersBw anzuzeigen und überzahlte Beträge an diese zurückzahlen. Ich ermächtige das Versicherungsunternehmen umseitige Bestätigung abzugeben und dem BAPersBw auf Anfrage Auskunft über mein Versicherungsverhältnis zu geben.	
	Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter: https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/arbeitsplatzschutzgesetz-und-eignungsuebungsgesetz Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch zu.	
	Datum, Unterschrift (Antragsteller/in)	

Anschrift des Versicherungsunternehmens / Stempelabdruck

**Den Antrag bitte im Original an das
BAPersBw – Ref. VII 3.2, - Team 8 - ,
weiterleiten !**

Bestätigung der Vertragsdaten durch die Hauptverwaltung des Versicherungsunternehmens

(bzw. analog durch das vertragsführende Unternehmen, falls das Altersvorsorgeprodukt kein Versicherungsvertrag ist)

Name und Anschrift des Wehrdienstleistenden	Personenkennziffer/ Personalnummer des Wehrdienstleistenden (falls nicht bekannt Geburtsdatum)
	Name der/s Beitragszahlers / Beitragszahlerin

Versicherungsvertrag	1. Vertrag	2. Vertrag	3. Vertrag
Versicherungsnummer			
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Lebensvers. <input type="checkbox"/> Renten-/Riestervers. <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsvers. <input type="checkbox"/> Risiko-LV <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Lebensvers. <input type="checkbox"/> Renten-/Riestervers. <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsvers. <input type="checkbox"/> Risiko-LV <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Lebensvers. <input type="checkbox"/> Renten-/Riestervers. <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsvers. <input type="checkbox"/> Risiko-LV <input type="checkbox"/> sonstige:
Vertrag nach dem Vermögensbildungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. Zertifizierungsnummer			
Datum des Antrages auf Abschluss des Vertrages			
Ausfertigung des Versicherungsscheins am			
Wehrdienstleistende/r ist Versicherungsnehmer/in seit			
Wehrdienstleistende/r ist versicherte Person / Bezugsberechtigte/r im Erlebensfall seit			
Datum Versicherungsbeginn			
Datum Versicherungsende			
Vertrag beinhaltet Möglichkeit zu Teilauszahlungen	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein
Vertrag beinhaltet Ablauf- / Abrufphase	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein
Kündigung des Vertrages durch Vers-Gesellschaft oder Vers-Nehmer/in	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein
Beitragsfreistellung / -stundung vereinbart bzw. beantragt	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab: <input type="checkbox"/> nein
Vertragsänderungen in den letzten 12 Monaten vor Wehrdienstbeginn	<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
Dynamisierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.
Beitragshöhe bei Wehrdienstbeginn			
Gesamtbetrag der von/ vom Beitragszahler/in für die letzten 12 Monate vor Wehrdienstbeginn nachweisbar eingezahlten Beträge	vom		
	bis		
	EUR		

Die Erstattungsbeträge sollen wie folgt überwiesen werden:

(Hinweis: Während des Wehrdienstes ist eine Beitragszahlung an die/den Wehrdienstleistende/n grundsätzlich nicht möglich)

Versicherungs- / Verwaltungs- / Buchungsnummer als Verwendungszweck der Zahlung und ggf. abweichender Empfänger/in		
Geldinstitut, Ort	Kontonummer	Bankleitzahl (BLZ)
Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsunternehmens (Stempelabdruck)		