

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

An

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

(Name und Anschrift der Hauptverwaltung des Versicherungsunternehmens)

Schutzbereich 2

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

Der Antrag ist vollständig ausgefüllt einzureichen.

☐ - Bitte Zutreffendes ankreuzen

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 ☐ Schüler/in ☐ arbeitslos ☐ Arbeitnehmer/in ☐ Beamtin/Beamter selbständig als (Berufsbezeichnung)			
4.2	Während des freiwilligen Wehrdienstes ☐ ruht das Beschäftigungsverhältnis ☐ 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 ☐ beteiligt ☐ nicht beteiligt			
4.4	Das Beschäftigungsverhältnis ist ☐ beendet ☐ 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 ☐ aus eigenem Einkommen ☐ 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	☐ Lebensvers. ☐ Renten-/Riestervers. ☐ Berufsunfähigkeitsvers. ☐ Risiko-LV ☐ sonstige:	☐ Lebensvers. ☐ Renten-/Riestervers. ☐ Berufsunfähigkeitsvers. ☐ Risiko-LV ☐ sonstige:	☐ Lebensvers. ☐ Renten-/Riestervers. ☐ Berufsunfähigkeitsvers. ☐ Risiko-LV ☐ sonstige:
Vertrag nach dem Vermögensbildungsgesetz	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ 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	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein
Vertrag beinhaltet Ablauf- / Abrufphase	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein
Kündigung des Vertrages durch Vers-Gesellschaft oder Vers-Nehmer/in	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein
Beitragsfreistellung / -stundung vereinbart bzw. beantragt	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein	☐ ja, ab: ☐ nein
Vertragsänderungen in den letzten 12 Monaten vor Wehrdienstbeginn	☐ ja, folgende: ☐ nein	☐ ja, folgende: ☐ nein	☐ ja, folgende: ☐ nein
Dynamisierung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Zahlungsweise	☐ monatl. ☐ 1/ jährl.	☐ monatl. ☐ 1/ jährl.	☐ monatl. ☐ 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)		