

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Name und Anschrift Arbeitgeber/in

.....
Telefon

Öffentlicher Dienst: Ja / Nein

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat VII 3.2 -Team 8 -
Postfach 30 10 54

40410 Düsseldorf

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.

Erstattungsantrag

über Beiträge zu einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung, die nach Beendigung einer Eignungsübung für die/den nachstehend aufgeführte/n Arbeitnehmer/in gem. § 6 Abs. 2 Eignungsübungsgesetz (EÜG) i. V. m. §§ 5, 6 der Verordnung zum EÜG (VO-EÜG) nachentrichtet wurden in Höhe von

_____ Euro

1. Personalien der/des Arbeitnehmerin / Arbeitnehmers

Familienname: Vorname:

Personenkennziffer bzw. Personalnummer Bundeswehr (falls nicht bekannt Geburtsdatum):

.....

2. Dauer der Eignungsübung

von: bis:

Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen !

3. Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnis

Beschäftigt seit: als:.....

Bestand das Arbeitsverhältnis noch bei Beginn der Eignungsübung ? Ja / Nein

Wurde das Arbeitsverhältnis während der Eignungsübung gelöst? Ja / Nein

wenn Ja: das Arbeitsverhältnis wurde am zum gelöst.

4. Aufnahmedatum der/ des Arbeitnehmerin / Arbeitnehmers in die Versorgungseinrichtung

am:

5. Vollständige Bezeichnung und Anschrift der Versorgungseinrichtung

(Zusatzversorgung-, Pensionskasse, Versicherungsanstalt etc.)

.....

6. Bezeichnung

des Tarif-, Arbeitsvertrages, der Satzung, Betriebsvereinbarung etc. aufgrund dessen / derer die Beiträge an die jeweilige Versorgungseinrichtung entrichtet wurden:

.....

7. Beitragshöhe vor Beginn der Eignungsübung

a) nach einem monatlichen versicherungspflichtigen Entgelt in Höhe von EUR
im letzten Abrechnungszeitraum vor Beginn der Eignungsübung

von: bis: Beitragshöhe: EUR

b) nach einer anderen Bemessungsgrundlage
im letzten Abrechnungszeitraum vor Beginn der Eignungsübung

von: bis: Beitragshöhe: EUR

Art der Bemessungsgrundlage:

Die Beiträge wurden getragen von/m Arbeitgeber/in in Höhe von% Umlagesatz lt. Satzung

von/m Arbeitnehmer/in in Höhe von% Umlagesatz lt. Satzung

8. Beitragshöhe während der Eignungsübung

Auf den Zeitraum der Eignungsübung entfallende und durch mich / uns entrichtete Beiträge:

Arbeitgeber/innen- Anteil: EUR

Arbeitnehmer/innen- Anteil: EUR

Somit insgesamt zur Erstattung beantragt: EUR

9. Die Erstattungssumme bitte ich auf die nachfolgend aufgeführte Bankverbindung zu überweisen:

BIC: IBAN:

bei (Kreditinstitut):

Verwendungszweck:

10. Die monatliche Aufschlüsselung und Berechnung der zur Erstattung beantragten Beiträge ergibt sich aus der beigefügten Anlage und ist Bestandteil dieses Antrages.

Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

.....

Firmen- / Dienststempel und rechtsverbindliche Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

