



Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 10
Abs. 2 des Altersteilzeitgesetzes (AtG)

(AtG-)Kundennummer _____

A. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller		
1.	Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Antragstellerin/Antragstellers _____ Anschrift _____ Telefon _____ E-mail _____	
2.	Versicherungsnummer _____ Steuer-Identifikationsnummer _____	
3.	Konto-Nr. _____ Bankleitzahl (BLZ) _____ Kreditinstitut _____ BIC _____ IBAN _____ (Der Zahlungsempfänger muss mit dem Kontoinhaber identisch sein)	
Erklärung: Ich bestätige, dass die Angaben im Antrag nach bestem Wissen und sorgfältiger Prüfung gemacht wurden.		
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers	

B. Angaben über die Beschäftigung in Altersteilzeitarbeit

1. Name, Vorname der/des Arbeitgeberin/Arbeitgebers _____
Anschrift _____
2. Wird die Altersteilzeitarbeit im Blockmodell (jeweils eine Arbeits- und Freistellungsphase) ausgeführt? Ja Nein
3. Das Arbeitsverhältnis der Altersteilzeitarbeit Ja Nein
 wurde beendet mit Ablauf des _____
 besteht weiterhin fort.
4. Gewährt die/der Arbeitgeberin/Arbeitgeber den Aufstockungsbetrag zum Teilzeitarbeitsentgelt sowie die zusätzlichen Beiträge zur Rentenversicherung auch während des Bezuges von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld oder Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen? Ja Nein
Wenn ja, ggf. bis wann _____

C. Angaben über den Anspruch auf Entgeltersatzleistungen

1. Die Leistungen nach § 10 Abs. 2 AtG werden beantragt für die Dauer des Bezuges von
 Krankengeld
 Versorgungskrankengeld
 Verletztengeld
 Übergangsgeld
 Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
Besteht für die Zeit des Bezuges von Krankentagegeld eine Antragspflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)? Ja Nein
Wenn ja, für die Zeit vom _____ bis _____
2. Die unter **Nr. 1** angekreuzte Leistung wird beansprucht ab _____
bis (voraussichtlich) zum _____ (ggf. bitte Leistungsbescheid vorlegen).
3. Die unter **Nr. 1** angekreuzte Leistung wird/wurde beantragt
bei _____

D. Angaben über den Bezug von Altersrente bzw. vergleichbaren Leistungen

Beziehen Sie

- Altersrente (auch als Teilrente) Ja Nein
 - Knappschaftsausgleichsleistung Ja Nein
 - eine der Altersrente vergleichbare Leistung öffentlich-rechtlicher Art (z.B. eine ausländische Rente) Ja Nein
 - Leistungen einer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung oder eines Versicherungsunternehmens, die den vorgenannten Bezügen vergleichbar sind, d.h. solche Leistungen, die bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters zur Altersversorgung gewährt werden, und zwar unabhängig von ihrer Höhe und der Form der Zahlung als Kapital oder Rente Ja Nein
 - Rente wegen voller Erwerbsminderung Ja Nein
- Haben Sie eine der vorgenannten Leistungen beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche _____
ab _____ bei _____