

Antrag auf freiwillige Versicherung als Weiterversicherung

Ich beantrage die Fortführung meiner freiwilligen Versicherung
nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Personalien der/des Versicherten

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

Familienname (ggf. auch Geburtsname und früher geführte Namen oder akademischer Grad)	
Vorname	
Geburtsdatum/-ort	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
ZVK-Versicherungsnummer	
Vers.-Nr. der gesetzlichen Rentenversicherung	
Telefon-Nr. (tagsüber)	
Nur bei Riester anzuzeigen: Steueridentifikations-Nr.:	

II. Angaben des Versicherten zu Wahlleistungen

Ich wünsche zusätzlich zur eigenen Altersversorgung den Einschluss* von Leistungen bei	*Ein Verzicht auf Hinterbliebenenversorgung und/oder Versorgung bei Erwerbsminderung führt zu einer Erhöhung der Altersversorgungsleistung gem. den AVB.	
Tod (Hinterbliebenenversorgung)	ja	nein
Erwerbsminderung	ja	nein

Der Beitrag soll	in Höhe¹ von € einmalig zum monatlich jährlich zum monatlich und jeweils jährlich zum in Höhe¹ von € monatlich und zusätzlich einmalig in Höhe² von € zum
gezahlt werden. Für diese Beiträge wünsche ich eine Förderung nach den §§ 10a, 79ff EStG (Zulagenförderung/“Riester-Rente“):	ja² nein Wichtiger Hinweis: In der betrieblichen Altersversorgung ist die Zulagenförderung dann ausgeschlossen, wenn der Beitrag aus nach § 40a EStG pauschal versteuertem Entgelt entrichtet werden soll. Für diesen Fall wäre ein zertifizierter Altersversorgevertrag bei einem Anbieter der privaten Versicherungswirtschaft zu schließen.

IV. Bitte nur ausfüllen, so weit der Sonderausgabenabzug/die Zulagenförderung nach den §§ 10a, 79 ff EStG beansprucht werden soll *

Ich bin verheiratet <u>oder</u> habe Kinder, für die ich Kindergeld beziehe:	ja nein
Mein Ehegatte ist zurzeit in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beschäftigt: Steuer-ID: SV-Nr.:	ja Name, Vorname, Steueridentifikations- und Sozialversicherungsnummer des Ehegatten: nein
Mein Ehegatte verfügt über einen eigenen zulageförderfähigen Altersvorsorgevertrag:	ja nein

*** Wichtiger Hinweis:** Im Rahmen der Fortführung Ihrer freiwilligen Versicherung ist die Zulagenförderung nur dann möglich, wenn Sie unmittelbar zulagenberechtigt sind. Eine nur mittelbare Zulagenförderung darf aufgrund gesetzlicher Regelungen von der ZVK-Sparkassen als Träger der betrieblichen Altersversorgung nicht durchgeführt werden.

[illegible]

V. Ergänzende Hinweise

Zu

1. Der Beitrag ist mindestens monatlich in Höhe von 10,00 Euro oder jährlich 120,00 Euro zu entrichten. Dies gilt nicht, soweit die Zulagenförderung nach den §§ 79 ff EStG beansprucht werden soll. Die Höhe des Beitrages kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft verändert werden, sofern nicht die Kasse innerhalb von vier Wochen nach Gutschrift widerspricht.
2. Die Anpassung des Beitrages zur Ausnutzung der vollen staatlichen Förderung obliegt dem/der Versicherungsnehmer/in. Wenn jeweils die volle Zulagenförderung ausgeschöpft werden soll, ist in den folgenden Jahren zu prüfen, ob eine Beitragsanpassung erforderlich ist. Wird durch den Beitrag der Förderrahmen überschritten, ist dies nicht von Nachteil, weil alle Beiträge unabhängig von der staatlichen Förderung zu Versorgungspunkten führen und zudem durch Bonuspunkte eine Überschussbeteiligung erfahren.

VI. Erklärung des Antragstellers

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur freiwilligen Versicherung und das Bedingungsheft der ZVK-Sparkassen (Produktinformationsblatt einschließlich Widerrufsbelehrung, Verbraucherinformation, Allgemeine Steuerinformation) habe ich erhalten und stimme diesen zu. Die AVB sind Vertragsbestandteil und enthalten wichtige Vertragsinformationen.
2. Wir verarbeiten und speichern zweckgebunden im Rahmen der Erfüllung Ihres Vertragsverhältnisses Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit dem Bundesdatenschutzgesetz. Hinsichtlich der Details verweisen wir auf die Ihnen zur Verfügung gestellten Datenschutzhinweise. Diese finden Sie auch im Downloadbereich unseres Internetauftritts (www.zvk-sparkassen.de). Ich willige ein, dass die Emden ZVK für Sparkassen insoweit meine personenbezogenen Daten zur Verwaltung meiner freiwilligen Versicherung speichert und verarbeitet. Wird die Einwilligung gestrichen und damit nicht erteilt, kommt es nicht zu einem Vertragsabschluss.

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

VII. Widerrufsbelehrung

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besonderer Hinweis

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbedingungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Emder Zusatzversorgungskasse für Sparkassen
Große Str. 58, 26721 Emden
Telefax: 04921 8994-50
E-Mail: sekretariat@zvk-sparkassen.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz; empfangene Leistungen sind zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen also auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt Absatz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleitung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufs sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Information über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlichen Form,
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Vertragsbeziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

* s. AVB Abschnitt A Nr. 1 Abs. 2 und Nr. 14 Abs. 2

* Erläuterung

Bei einer Bruttoentgeltumwandlung ist Versicherungsnehmer der Arbeitgeber. Bezugsberechtigter ist die versicherte Person.

Bei Nettoentgeltumwandlungsverträgen oder solchen Verträgen im Zusammenhang mit der Zulagenförderung (Riester-Rente) ist Versicherungsnehmer die versicherte Person.

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

VII. SEPA-Lastschriftmandat für **wiederkehrende *** **einmalige *** **Zahlung/en**

Ich Name, Vorname

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Wohnort

ermächtige die

Emder Zusatzversorgungskasse für Sparkassen, Große Straße 58, 26721 Emden
Gläubiger ID: DE23 ZZZ 00000005181

unter Verwendung meiner Versicherungsnummer

als Mandatsreferenz

Zahlungen entsprechend meiner Angaben unter III. von meinem Konto

IBAN D E

BIC

mittels Lastschrift

 wiederkehrend *

 einmalig *

einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Emdер Zusatzversorgungskasse für Sparkassen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt (jeweils) zum 15. des Monats. Ist dieses ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt sich der Einzug auf den darauffolgenden Werktag.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

* Zutreffendes bitte ankreuzen (sofern regelmäßige monatliche oder/und jährliche Zahlungen erfolgen sollen, ist „wiederkehrend“ anzukreuzen).