

Antrag des Arbeitnehmers auf freiwillige Versicherung

Ich beantrage den Abschluss einer 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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> _____															
	Straße, Hausnummer	_____ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
	Postleitzahl, Wohnort	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> _____															
ZVK-Versicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Vers.-Nr. der gesetzlichen Rentenversicherung	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Telefon-Nr. (tagsüber)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Nur bei Riester anzugeben: Steueridentifikations-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																

II. Angaben zum Arbeitgeber

Name	_____																
Straße, Hausnummer	_____ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Postleitzahl, Wohnort	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> _____																
Personalnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																

III. Angaben zum Beitrag

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

Der Versicherungsbeginn* und damit Monat der ersten Beitragszahlung soll sein der:

*Frühestens mit dem Ersten des Monats, in dem der Antrag bei der Kasse eingegangen ist (zu diesem Zeitpunkt muss aber das Arbeitsverhältnis noch bestehen).

0 1 2 0

Der Beitrag wird

☐ im Rahmen einer Entgeltumwandlung¹ oder/und

in Höhe von €

☐ einmalig zum 2 0

☐ monatlich

☐ jährlich zum T T M M

☐ monatlich und jeweils jährlich zum

T T M M in Höhe³ von €

☐ monatlich und zusätzlich einmalig² in Höhe von

€
zum 2 0

Für Beträge, die über die Steuerfreigrenzen oder Pauschalsteuergrenzen nach § 3 Nr. 63, ggf. § 40b a. F. EStG hinausgehen, wünsche ich eine Förderung nach den §§ 10a, 79 ff EStG (Zulagenförderung/„Riester-Rente“):

☐ ja³ ☐ nein

☐ aus dem Netto-Arbeitsentgelt

in Höhe² von €

☐ einmalig zum 2 0

☐ monatlich

☐ jährlich zum T T M M

☐ monatlich und jeweils jährlich zum

T T M M in Höhe² von €

☐ monatlich und zusätzlich einmalig in Höhe² von

€
zum 2 0

Für diese Beiträge wünsche ich eine Förderung nach den §§ 10a, 79 ff EStG (Zulagenförderung/„Riester-Rente“):

☐ ja³ ☐ nein

gezahlt.

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 Altersvorsorgevertrag bei einem Anbieter der privaten Versicherungswirtschaft zu schließen.

IV. Angaben des Versicherten zu Wahlleistungen

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

*) der Einschluss ist nur möglich, wenn keine Erwerbsminderung vorliegt oder in der Vergangenheit vorlag.

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

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklamert oder geheftet zurück	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 zulagenförderfähigen Altersvorsorgevertrag:	☐ ja ☐ nein
	Die im Rahmen der §§ 79 ff EStG gezahlten Kinderzulagen sollen in meine freiwillige Versicherung in der ZVK-Sparkassen eingezahlt werden (ggf. bei mehreren Kindern das Blatt 3 mehrmals dem Antrag beilegen):	☐ ja, für folgende Kinder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Steueridentifikationsnummer _____ _____ _____ ☐ nein, die Zulagen werden in den Vertrag meines Ehegatten eingezahlt.
	Mein sozialversicherungspflichtiges Entgelt des Vorjahres betrug:	_____ Euro
	Haben Sie mehrere Altersvorsorgeverträge (z. B. zusätzliche bei der VGH, Deka u. a.) abgeschlossen und wird auf diese Verträge weiterhin Altersvorsorgevermögen eingezahlt?	☐ ja, ich verfüge noch über ☐ Verträge ☐ nein

VI. Ergänzende Hinweise

Zu

1. Sofern Sie die Beitragszahlung aus einer Entgeltumwandlung heraus vornehmen, beachten Sie bitte Folgendes:
 - Die Entgeltumwandlung bedarf in jedem Fall der vorherigen Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber und muss mit den Angaben in diesem Antrag übereinstimmen.
 - Der Beitrag für die Entgeltumwandlung beläuft sich auf mindestens 1/160 der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Für nicht volle Kalenderjahre reduziert sich der Mindestbeitrag verhältnismäßig.
2. 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.
3. 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.

VII. Erklärung des Antragstellers und seines Arbeitgebers

- Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.
1. **Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur freiwilligen Versicherung und das Bedingungsheft der ZVK-Sparkassen (Produktinformationsblatt einschließlich Widerrufsbelehrung, Vertragsinformation, Allgemeine Steuerinformation und Merkblatt zur Datenverarbeitung) 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 Emder 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.
 3. Meinen Arbeitgeber ermächtige ich bis auf Widerruf, den oben bestimmten Beitrag von meinem Arbeitsentgelt an die Emder ZVK für Sparkassen abzuführen.
 4. Nach Beendigung der Beschäftigung kann die freiwillige Versicherung von dem/der Versicherten fortgesetzt werden. Hierfür ist ein erneuter Antrag auf Fortsetzung der Versicherung erforderlich. Die Zahlungen erfolgen dann durch den Versicherten selbst.
 5. Bei freiwillig Versicherten mit beamtenähnlicher Versorgungszusage: Sie müssen gegenüber Ihrem Arbeitgeber als „Zuständige Stelle“ im Sinne des § 81a EStG schriftlich einwilligen, dass dieser die nach § 10a Abs. 1 EStG erforderlichen Daten der „Zentralen Stelle (Zulagenamt)“ nach § 81 EStG melden darf. Die Einwilligung muss bis zum Ablauf des Beitragsjahres erfolgen. Wird die Einwilligung nicht erteilt, darf der Arbeitgeber für das Beitragsjahr/die entsprechenden Beitragsjahre die Daten nach § 99 Abs. 2 EStG nicht mehr übermitteln. Die Einwilligungserklärung muss die Möglichkeit des Widerrufs beinhalten (§ 10a Abs. 1 S. 2 EStG).

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

VIII. 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@zvz-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 zurückzahlende 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 Versicherungsleistung, 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;

6. 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers *

Unterschrift der versicherten Person

* 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.