

Antrag auf freiwillige Versicherung als Weiterversicherung

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

I. Personalien der/des Versicherten

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 anzu geben: 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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

III. Angaben zum Beitrag

Der Beitrag soll gezahlt werden.	in Höhe ¹ von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> einmalig zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="margin-left: 50px;">T T M M</small> <input type="checkbox"/> monatlich und jeweils jährlich zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> in Höhe ¹ von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <small style="margin-left: 50px;">T T M M</small> <input type="checkbox"/> monatlich und zusätzlich einmalig in Höhe ² von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>
Für diese Beiträge wünsche ich eine Förderung nach den §§ 10a, 79ff EStG (Zulagenförderung/“Riester-Rente“):	<input type="checkbox"/> ja ² <input type="checkbox"/> 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.

1, 2 = siehe S. 3 zu VI.

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

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

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

<p>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):</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, für folgende Kinder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Steueridentifikationsnummer</p> <p>_____</p> <table border="1" data-bbox="906 286 1406 342"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>_____</p> <table border="1" data-bbox="906 412 1406 468"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> nein, die Zulagen werden in den Vertrag meines Ehegatten eingezahlt.</p>																				
<p>Mein sozialversicherungspflichtiges Entgelt des Vorjahres (z. B. in 2021 für 2020) betrug:</p>	<table border="1" data-bbox="852 613 1168 663"> <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> </tr> </table> Euro																				
<p>Haben Sie mehrere Altersvorsorgeverträge (z. B. zusätzliche bei der VGH, Deka u. a.) abgeschlossen und wird auf diese Verträge weiterhin Altersvorsorgevermögen eingezahlt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, ich verfüge noch über <input type="checkbox"/> Verträge</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>																				

V. Ergänzende Hinweise

<p>Zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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

<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. Um im Falle einer länger anhaltenden Arbeitslosigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld II einen Rückgriff des Leistungserbringers auf mein in der freiwilligen Versicherung gebildetes Altersvorsorgevermögen zu verhindern, verzichte ich unwiderruflich auf die Möglichkeit der Abfindung meiner im Rahmen dieser freiwilligen Weiterversicherung eingezahlten Beiträge in der Anwartschaftsphase (vgl. A. 10 Abs. 1 Satz 2 AVB) <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers</p>

VII. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, das Produktinformationsblatt und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Ender Zusatzversorgungskasse für Sparkassen
vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Ralf Kaminski
Große Str. 58, 26721 Emden
Fax: 04921 8994-50
E-Mail: sekretariat@zvk-sparkassen.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die empfangenen Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

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

Ich	Name, Vorname	_____										
	Straße, Hausnummer	_____										
Wohnort	PLZ,	_____										
ermächtige die												
Ender 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												
<input type="checkbox"/> wiederkehrend *												
<input type="checkbox"/> einmalig *												
einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ender 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).