

## Antrag auf Erteilung einer Rentenauskuft aus der Pflichtversicherung

- Andere als die unten ausgewiesenen Rentenauskuftsszenarien können seitens unserer Kasse nicht dargestellt werden -

### I. Personalien der/des Versicherten

Name (ggf. auch Geburtsname und früher geführte Namen)	_____																			
Vorname	_____																			
Geburtsdatum	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																			
Straße, Hausnummer	_____ <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>																			
Postleitzahl, Wohnort	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> _____																			
ZVK-Versicherungs-Nr.	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																			
Telefonisch tagsüber erreichbar unter	_____ / _____ Vorwahl                      Telefonnummer																			

### II. Auskünfte werden zu folgenden Sachverhalten erbeten

<input type="checkbox"/> Ich bin als schwerbehinderter Mensch anerkannt und erfülle damit die Voraussetzungen für eine „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“.  Ich beabsichtige einen Renteneintritt	<input type="checkbox"/> zum <table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> zum frühestmöglichen abschlagsfreien Rentenbeginn										
<input type="checkbox"/> Ich habe die Voraussetzungen für eine „Altersrente für <b>besonders</b> langjährig Versicherte“ aufgrund 45jähriger Versicherungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und beabsichtige einen Renteneintritt	zum <table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Ich erfülle die Voraussetzungen für eine „Altersrente für langjährig Versicherte“ und beabsichtige einen Renteneintritt	zum <table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Ich bitte um Mitteilung über die Höhe meiner derzeitigen Erwerbsminderungsrentenleistung.											
<input type="checkbox"/> Ich bitte um Mitteilung über die Höhe meiner Regelaltersrentenleistung.											

### III. Sonstige Angaben

<input type="checkbox"/>	Aufgrund des Abschlusses eines „Alters- teilzeitvertrages“ werde ich Altersteilzeit- arbeit leisten	vom	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		bis	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

### IV. Entgeltangaben

<input type="checkbox"/>	Mein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt hat sich - mit Ausnahme der ggf. tariflichen Steigerungen - gegenüber dem Vorjahr nicht verändert.
<input type="checkbox"/>	Mein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt hat sich gegenüber dem Vorjahr (z. B. aufgrund einer Gehalts- erhöhung oder Veränderung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit) verändert. Bitte berücksichtigen Sie für Ihre weitere Berechnung ein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt in Höhe von jährlich  _ _ _ _ _ _ _ _ _  0 0 Euro
<input type="checkbox"/>	Für mich liegt für das Vorjahr kein oder nur ein anteiliges zusatzversorgungspflichtiges Entgelt vor (z. B. aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht, Mutterschutz oder Elternzeit). Bitte berücksichtigen Sie daher für Ihre weitere Berechnung ein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt in Höhe von jährlich  _ _ _ _ _ _ _ _ _  0 0 Euro

### Hinweis zum Datenschutz

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 stehen Ihnen ergänzend auch im Downloadbereich unseres Internetauftritts ([www.zvk-sparkassen.de](http://www.zvk-sparkassen.de)) zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der/des Antragstellerin/s