Finanzgruppe
ZVK-Sparkassen

Stand: 18. Juni 2021

2global/Formular Antrag Weiterversicherung...

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 anzugeben: 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

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

ZVK-Sparkassen
Postfach 14 28
26694 Emden

Hausadresse:
Große Str. 58
26721 Emden

Telefon 04921 8994-0
Telefax 04921 8994-50
www.zvk-sparkassen.de
sekretariat@zvk-sparkassen.de

Bankverbindung:
IBAN: DE39 2845 0000 0010 2525
BIC: BRLADE21EMD

III. Angaben zum Beitrag

Der Beitrag soll gezahlt werden.	in Höhe[1] von _____ € ☐ einmalig zum __ __ 2 0 __ __ ☐ monatlich ☐ jährlich zum __ __ (T T M M) ☐ monatlich und jeweils jährlich zum __ __ (T T M M) in Höhe[1] von _____ € ☐ monatlich und zusätzlich einmalig in Höhe[2] von _____ € zum __ __ 2 0 __ __
Für diese Beiträge wünsche ich eine Förderung nach den §§ 10a, 79ff EStG (Zulagenförderung/"Riester-Rente"):	☐ ja[2] ☐ 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 *

Ich bin verheiratet oder 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

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

* 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.

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 (z. B. in 2021 für 2020) 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

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 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. 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 <u>unwiderruflich</u>** auf die Möglichkeit der Abfindung meiner im Rahmen dieser freiwilligen Weiterversicherung eingezahlten Beiträge in der Anwartschaftsphase (vgl. A. 10 Abs. 1 Satz 2 AVB)
   ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück.

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:

Emder 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

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 Emder 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).