

**Vollmacht gemäß  
§ 89 Abs. 1a Satz 1 Einkommensteuergesetz**



**RZVK des Saarlandes  
Zusatzversorgungskasse  
Fritz-Dobisch-Str. 12  
66111 Saarbrücken**

Persönliche Daten		
Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname		
Straße/Hausnummer		Telefon (freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Vertragsnummer

Hiermit erteile ich der RZVK des Saarlandes die Vollmacht, für mich bis auf Widerruf den Antrag auf Altersvorsorgezulage ab dem Beitragsjahr

bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu stellen.

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen, die zur Minderung oder zum Wegfall des Zulagenanspruchs führen, unverzüglich mitzuteilen habe.

18. Jul 2025

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Datei: