

Antrag auf Änderung der versicherten Risiken

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

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die Erläuterungen zu den Hinweisnummern auf Seite 2 des Antrags!

Daten des/der Versicherten			
Name der/des Versicherten	Vorname der/des Versicherten		ZVK-Versicherungsnummer
Geburtsname	Geburtsdatum	Geschlecht männlich weiblich	Telefonnummer (freiwillig Angabe)
Straße/Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort

Daten des Arbeitgebers (Angaben entfallen bei fortgeführter freiwilliger Versicherung nach Beendigung der Beschäftigung)			
Bezeichnung			
ZVK-Mitgliedsnummer	Abrechnungsnummer		Telefon Sachbearbeiter
Straße/Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Zeitpunkt der Änderung des versicherten Risikos: ¹⁾

Angaben zu den Wahlleistungen: ²⁾

Ausgeschlossen wird:

das Erwerbsminderungsrisiko	ja	nein
die Hinterbliebenenversorgung	ja	nein

Ich beziehe Rente wegen Erwerbsminderung ³⁾ ja nein

Ich willige ein, dass die ZVK meine persönlichen Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Sinne des Saarländischen Datenschutzgesetzes (SDSG) speichert, verarbeitet und gegebenenfalls an verfahrensbeteiligte Dritte (wie z.B. der Deutschen Rentenversicherung - Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen - in Berlin oder einen Druckdienstleister) übermittelt. Die Einwilligung ist für die Durchführung der Versicherung unbedingt erforderlich.

Das „Bedingungsheft“ (bestehend aus dem Produktinformationsblatt, der Vertragsinformation, der allgemeinen Steuerinformation und den Hinweisen zum Datenschutz) sowie die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen der ZVK des Saarlandes (AVB)“ habe ich zur Kenntnis genommen. Die AVB werden Bestandteil des Vertrages.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherte(r)*
------------	------------------------------

*Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Erklärung des Arbeitgebers: (entfällt bei fortgeführter Freiwilliger Versicherung nach Beendigung der Beschäftigung)
Soweit der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist, wird dem Antrag zugestimmt (Entgeltumwandlung, Höherversicherung durch den Arbeitgeber).

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

30. Nov. 2021

Datei:

Antrag auf Änderung der versicherten Risiken

Erläuterungen zum Antrag

(Diese Erläuterungen sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB der ZVK):

(1) **Die Änderung der versicherten Risiken**

erfolgt frühestens mit dem Ersten des nächsten Kalendermonats, in dem der Antrag bei der ZVK eingegangen ist.

Beim Zahlungsverkehr ist die Änderung der versicherten Risiken bei der Angabe des Buchungsschlüssels zu berücksichtigen.

(2) **Wahlleistungen**

Die Freiwillige Versicherung umfasst grundsätzlich Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten für Versicherte sowie Hinterbliebenenrenten für Witwen, Witwer und Waisen. Die Mitversicherung des Erwerbsminderungsrisikos und der Hinterbliebenenversorgung kann ausgeschlossen werden.

Der Ausschluss des **Erwerbsminderungsrisikos** führt bis zum Alter von 45 Jahren zur Erhöhung der im jeweiligen Kalenderjahr erworbenen Versorgungspunkte um 8%; für jedes weitere Lebensjahr reduziert sich die Erhöhung um 0,4% (d. h. im 46. Lebensjahr beträgt der Zuschlag 7,6% ... im 64. Lebensjahr 0,4%).

Der Ausschluss der **Hinterbliebenenleistungen** führt zu einer Erhöhung der im jeweiligen Kalenderjahr erworbenen Versorgungspunkte um 3% für weibliche Versicherte und 15% für männliche Versicherte.

(3) **Genereller Ausschluss des Erwerbsminderungsrisikos bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente**

Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente ist die Versicherung des Erwerbsminderungsrisikos ausgeschlossen. Der Bezug einer entsprechenden Rente ist daher der ZVK unverzüglich mitzuteilen.