



Antrag Maler-Lackierer-Rente

Bei diesen Feldern bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

Neuantrag
 Änderungsantrag
 Vertragsnummer

1. Arbeitnehmer

männlich
 weiblich

Sozialversicherungsnummer

Name Vorname

Straße/Hausnummer Geburtsdatum

Postleitzahl/Ort

2. Antrag auf Altersvorsorge mit dem Tarif

SINGLE Lebenslange Altersrente*
 SINGLE mit EU Lebenslange Altersrente*/Erwerbsunfähigkeitsrente
 PARTNER Lebenslange Altersrente*/Hinterbliebenenversorgung*
 PARTNER mit EU Lebenslange Altersrente*/Hinterbliebenenversorgung*/Erwerbsunfähigkeitsrente

* Ein Tarifwechsel ist grundsätzlich möglich.

3. Beitragszahlung

ZAHLWEISE: monatlich jährlich einmalig

GESAMTBETRAG: (der vom Arbeitgeber abgeführt wird)

BEGINN: (Monat/Jahr der ersten Entgeltumwandlung)

FÄLLIGKEIT: monatlich fällig am 15. des Folgemonats jährlich fällig nur einmalig fällig

4. Versicherungsbedingungen

Von den Versicherungsbedingungen für die Maler-Lackierer-Rente der Zusatzversorgungskasse des Maler- und Lackiererhandwerks VVaG habe ich Kenntnis genommen und erkenne diese für mich als verbindlich an.

5. Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Endet das Arbeitsverhältnis der versicherten Person (Arbeitnehmer) mit dem Versicherungsnehmer (Arbeitgeber), erhält die versicherte Person mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis das Recht, die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortzuführen. Bei Fortführung der Versicherung mit eigenen Beiträgen wird die versicherte Person Versicherungsnehmer. Sofern die versicherte Person nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses die Maler-Lackierer-Rente nicht mit eigenen Beiträgen fortsetzt, sondern der neue Arbeitgeber die Versicherung fortführt, wird bereits hiermit beantragt, dass die Versicherungsnehmereigenschaft in diesem Fall auf den neuen Arbeitgeber übergeht.

Mit den vorstehenden Erklärungen (Ziffer 1 bis 5) bin ich einverstanden:

Unterschrift des **Arbeitnehmers**
(versicherte Person/bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

6. Zahlungsart

Lastschrift

Der Arbeitgeber erklärt sich nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen zur zusätzlichen Altersvorsorge und aller vorstehenden Angaben bereit, Beiträge als Arbeitgeber an die zvk abzuführen. Änderungen bzw. Beendigungen richten sich nach den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen.

Firma Fax E-Mail

Telefon

Firmenname Datum Ort

Betriebskontonummer rechtsverbindliche Unterschrift des **Arbeitgebers** (Versicherungsnehmer)