

Antrag auf Altersvorsorgezulage

Name und Anschrift des Antragstellers

- Angabe der Tel. Nr. freiwillig -

Bitte sofort an oben links stehende Anschrift^① zurücksenden (spätestens bis 31.12.2020)

A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2018 **unmittelbar** zulageberechtigt.^②
 Abweichend hiervon bin ich für das Jahr 2018 **mittelbar** zulageberechtigt.^③
Füllen Sie in diesem Fall bitte auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner ^① in Abschnitt C aus.

B **Bereits erfasste Daten** | **Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen**
 Antragsteller(in) | Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.

ZUSTÄNDIGES FINANZAMT ^④	_____
STEUERNUMMER ^④	_____ ← Steuernummer ohne Schrägstriche!
IDENTIFIKATIONSNUMMER ^④	_____
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER / ^⑤ ZULAGENUMMER	_____
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	_____
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	_____
VORNAME	_____
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron, Gräfin)	_____
VORSATZWORT (z. B. von, auf der, da, de, del)	_____
NAME	_____
GEBURTSORT (ohne PLZ)	_____
GEBURTSNAME	_____
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	____ . ____ . ____
STRASSE / HAUSNUMMER	_____
PLZ ORT (Wohnsitz)	____ _____

Die in einen Kreis gesetzten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Abschnitte in den Erläuterungen.

C Erklärung (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Vertragsnummer: _____

Die bereits erfassten Daten zum Ehegatten / Lebenspartner sind seit dem 01.01.2018 nicht mehr gültig (z. B. Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft).

Bereits erfasste Daten	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
Ehegatte / Ehegattin Lebenspartner / Lebenspartnerin ①	Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.
IDENTIFIKATIONSNUMMER ④	_____
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER / ZULAGENNUMMER ⑤	_____
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	_____
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	_____
VORNAME	_____
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron, Gräfin)	_____
VORSATZWORT (z. B. von, auf der, da, de, del)	_____
NAME	_____
GEBURTSORT (ohne PLZ)	_____
GEBURTSNAME	_____
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	____. ____ . ____

D Angaben zum Personenkreis nach § 10a Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 4 Einkommensteuergesetz (z. B. Beamte, Richter, Berufssoldaten oder diesen gleichgestellte Personen sowie Empfänger von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit) ②

Gehören Sie zum Kreis der **Beamten, Richter und Berufssoldaten, diesen gleichgestellten Personen oder sind Sie ein Empfänger von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit**, lesen Sie sich bitte hierzu den gesamten Abschnitt D aufmerksam durch und kreuzen ggf. das Feld am Ende dieses Absatzes an.

Ich war in der Zeit zwischen 01.01. – 31.12.2017

- Empfänger von
 - inländischer Besoldung nach dem Bundesbesoldungsgesetz oder einem Landesbesoldungsgesetz,
 - Amtsbezügen aus einem inländischen Amtsverhältnis, das eine den Beamten gleichgestellte Versorgung gewährleistet,
 - Einnahmen als versicherungsfrei Beschäftigter, dessen Versorgungsrecht eine den Beamten gleichgestellte Versorgung gewährleistet,
 - Einnahmen als beurlaubter Beamter mit Anspruch auf Versorgung für die Dauer der Beschäftigung,
 - Einnahmen als Minister, Senator, Parlamentarischer Staatssekretär,
 - Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit

oder

- eine dieser Personengruppe gleichgestellte Person (z. B. beurlaubte Beamte im zeitlichen Umfang der rentenversicherungspflichtigen Kindererziehungszeiten)

und hatte daneben **keine** rentenversicherungspflichtigen Einnahmen.

Die o. g. Voraussetzungen treffen auf mich zu.

Haben Sie in diesem Abschnitt ein Kreuz gesetzt, beachten Sie bitte zusätzlich die folgenden weiteren Hinweise: Bei Beamten und diesen gleichgestellten Personen erhält die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) die Daten, die sie für die Berechnung der Zulage benötigt, mittels elektronischer Übermittlung von der zuständigen Stelle. Das ist z. B. der Dienstherr, der zur Zahlung des Arbeitsentgelts verpflichtete Arbeitgeber oder die die Versorgung anordnende Stelle. Für diese Datenübermittlung müssen Sie eine **schriftliche Einwilligungserklärung** bis zum 31.12.2020 bei Ihrer zuständigen Stelle abgeben, wenn Sie nicht bereits in der Vergangenheit eingewilligt und diese Einwilligung nicht vor Beginn des Beitragsjahres widerrufen haben. Beachten Sie aber bitte, dass die erneute Abgabe einer Einwilligungserklärung in jedem Fall bei einem Wechsel des Dienstherrn notwendig ist.

Der nachfolgende Abschnitt E ist in diesem Fall für Sie nicht relevant.

Vertragsnummer:

c) Angaben zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (§ 13 Einkommensteuergesetz)[®] und/oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

Sie sind pflichtversichert in der landwirtschaftlichen Alterskasse und/oder bezogen im Kalenderjahr **2017** von dort eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit. Ihre Mitgliedsnummer der landwirtschaftlichen Alterskasse lautet:

Im Kalenderjahr **2016** betragen die positiven Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft [®]

 EUR

und/oder ich bezog im Kalenderjahr **2017** eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

. **2017** - . **2017** Höhe der Bruttorente^⑦ [®] EUR

F Kinderzulage

Ich beantrage Kinderzulage für Kind/-er.

Bitte füllen Sie hierzu den Ergänzungsbogen - Kinderzulage - aus.

Es müssen im Abschnitt C Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner enthalten sein, sofern es sich bei den genannten Kindern um Kinder von Eltern handelt, bei denen die folgenden Bedingungen zutreffen:

- sind miteinander verheiratet / führen eine Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- lebten nicht während des gesamten Jahres **2018** dauerhaft getrennt
- haben ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Staat, auf den das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) anwendbar ist.

G

Bevollmächtigung (Bitte lesen Sie die Erläuterungen unter[®].)

Ich bevollmächtige die Frankfurter Lebensversicherung AG widerruflich, die Altersvorsorgezulage automatisch für mich zu beantragen und willige ein, meine Daten, zur Inanspruchnahme eines sich eventuell ergebenden Sonderausgabenabzuges, an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu übermitteln.

Unterschrift nicht vergessen!

Datum (TT.MM.JJJJ)

Antragsteller(in)

gesetzliche/r Vertreter(in)/Bevollmächtigte/r

Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Die Frankfurter Lebensversicherung AG handelt gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung. Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vertragsdurchführung. Sie haben verschiedene Rechte (z. B. ein Recht auf Berichtigung Ihrer Daten), Einzelheiten hierzu sowie weitergehende Informationen erhalten Sie unter www.flgruppe.de/datenschutz