

Vertragsnummer:

2020

## Antrag auf Altersvorsorgezulage

Name und Anschrift des Antragstellers

Angabe Tel.-Nr.: (freiwillig)

**Bitte umgehend an oben links stehende Anschrift<sup>1</sup> zurücksenden (spätestens bis 31.12.2022)**

### A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2020 **unmittelbar** zulageberechtigt.<sup>2</sup>

**Abweichend** hiervon bin ich für das Jahr 2020 **mittelbar** zulageberechtigt.<sup>3</sup>  
*Bitte füllen Sie in diesem Fall auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner<sup>1</sup> 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.

IDENTIFIKATIONSNUMMER <sup>4</sup>	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER <sup>5</sup> / ZULAGENUMMER	
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
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 hochgestellten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Abschnitte in den Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2020.

Vertragsnummer:

**C Erklärung** (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Die bereits erfassten Daten zum Ehegatten / Lebenspartner sind seit dem 01.01.2020 nicht mehr gültig (z. B. Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft).

Bereits erfasste Daten	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
<b>Ehegatte / Ehegattin Lebenspartner / Lebenspartnerin<sup>1</sup></b>	Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.
IDENTIFIKATIONSNUMMER <sup>4</sup>	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER <sup>5</sup> / ZULAGENUMMER	
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
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)<sup>2</sup>**

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 setzen ein Kreuz im Feld am Ende dieses Absatzes, wenn die nachfolgend genannten Voraussetzungen auf Sie zutreffen.

Ich war in der Zeit zwischen dem 01.01. und 31.12.2019

- 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 oben genannten 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 Ihrer zuständigen Stelle. Das ist z. B. der Dienstherr, der zur Zahlung des Arbeitsentgelts verpflichtete Arbeitgeber oder die die Versorgung anordnende Stelle.



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**

Ich bin pflichtversichert in der landwirtschaftlichen Alterskasse und / oder bezog im Kalenderjahr 2019 von dort eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit. Meine Mitgliedsnummer der landwirtschaftlichen Alterskasse lautet:

Im Kalenderjahr **2018** betragen die positiven Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft<sup>9</sup>

 E U R

und / oder ich bezog im Kalenderjahr **2019** eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

Zeitraum von - bis (Monat)

Höhe der Bruttorente<sup>7, 8</sup>

 . **2 0 1 9** -  . **2 0 1 9**  E U R

**F Kinderzulage**

Ich beantrage die Kinderzulage für  Kind/-er.

**Bitte füllen Sie hierzu den Ergänzungsbogen - Kinderzulage - aus.**

**Es müssen im Abschnitt C Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner eingetragen werden, sofern es sich bei den genannten Kindern um Kinder von Eltern handelt, bei denen die nachfolgenden Bedingungen in 2020 erfüllt waren:**

- miteinander verheiratet / Führen einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- kein dauerhaftes Getrenntleben während des gesamten Jahres **2020**
- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Staat, auf den das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) anwendbar ist.

**G**

Bevollmächtigung (Bitte lesen Sie hierzu den Punkt 9 der Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2020.)

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

**Datenschutzverordnung (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](http://www.flgruppe.de/datenschutz)