

--	--	--	--	--	--	--

**– Original für die EZVK –
– Kopie jeweils für Versicherte/n und Arbeitgeber –
(V4)**



Telefon: 06151 3301-0
Telefax: 06151 3301-585
E-Mail: plus@ezvk.de
Internet: www.ezv.de
Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Heinz Thomas Striegler
Vorstand: Prof. Dr. Volker Heinke (Vors.),
Georg von Hinüber

☐ **Antrag auf freiwillige Versicherung EZVKPlus (V4)**
☐ **Änderung des Vertrages für die freiwillige Versicherung EZVKPlus**
Hiermit beantrage ich den Abschluss bzw. die Änderung des Vertrages für die freiwillige Versicherung EZVKPlus nach Maßgabe der auf der Satzung der EZVK beruhenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die Erläuterungen auf der Rückseite des Antrags.

Versicherte/r

Name		Vorname	
Geburtsname		Versichertennummer bei der EZVK	
Straße, Hausnummer			
PLZ		Ort	
Telefonnummer		☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ unbestimmt
E-Mail-Adresse		Geburtsdatum	

**Arbeitgeber/
Versicherungsnehmer (VN)**

Name des Arbeitgebers		
PLZ		Ort
Straße, Hausnummer		
Beteiligtennummer	Abrechnungsnummer	E-Mail-Adresse
Telefon / Name Sachbearbeiter		

**Angaben zur
Lebensgefährtin/zum
Lebensgefährten¹**

Name, Vorname	Geburtsdatum	☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ unbestimmt
---------------	--------------	--	--

**Angaben zu waisenrenten-
berechtigten Kindern²**
Bitte tragen Sie hier **nicht** Ihre eigenen Kinder ein. Diese sind automatisch waisenrenten-berechtigt

Name, Vorname	Geburtsdatum	☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ unbestimmt
Name, Vorname	Geburtsdatum	☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ unbestimmt

Versicherungsbeginn

Beginn/Änderung der Versicherung zum³ 0 1 . 2 0

**Wählen Sie Höhe
und Art des Beitrags
(Die Zahlungen erfolgen
grundsätzlich über den
Arbeitgeber!)**

☐ **Zahlung des Beitrags aus dem Bruttoentgelt** (bzw. pauschalversteuert für Altl Zusagen bis zum 31.12.2004)
☐ Beitrag , € ab 0 1 . 2 0 ☐ monatlich ☐ jährlich
☐ Zusätzliche einmalige Zahlung⁴ , € im Monat / 2 0
☐ Zusätzlicher Beitrag⁴ , € ab . 2 0 ☐ jährlich

☐ **Zahlung des Beitrags aus dem Nettoentgelt** (ggf. zur Inanspruchnahme der Riester-Förderung⁵ - bitte Anlage beachten)
☐ Beitrag , € ab 0 1 . 2 0 ☐ monatlich ☐ jährlich
☐ Zusätzliche einmalige Zahlung⁴ , € im Monat / 2 0
☐ Zusätzlicher Beitrag⁴ , € ab . 2 0 ☐ jährlich

**Belehrung des VN über
das Widerrufsrecht und
die Widerrufsfolgen**

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Evangelische Zusatzversorgungskasse, Holzhofallee 17 a, 64295 Darmstadt, Telefax 06151 3301-585, E-Mail plus@ezvk.de.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz; die beiderseits empfangenen Leistungen sind unverzüglich zurückzugewähren. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge sowie eventuell gezogener Nutzungen (z. B. Zinsen) erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Ihre Evangelische Zusatzversorgungskasse

Bitte beachten Sie

Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB), das Produktinformationsblatt und die Rahmenbedingungen EZVKPlus habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Die AVB sowie die für mich zutreffende Altersfaktorentabelle werden Vertragsbestandteile. Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten von der EZVK erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie gegebenenfalls an verfahrensbeteiligte Dritte übermittelt werden (z. B. Versanddienstleister), soweit dies zum Abschluss und zur weiteren Verwaltung meiner Versicherung notwendig ist.

**Bitte unterschreiben
Sie hier**

Datum	Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers	Datum	Unterschrift des Arbeitnehmers
-------	---	-------	---------------------------------------

Erläuterungen zum Antrag

(Diese Erläuterungen sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB und den weiteren Vertragsinformationen.)

1. Lebensgefährtin oder Lebensgefährte ist die Person, mit der die oder der Versicherte zum Zeitpunkt des Todes in einer eheähnlichen Gemeinschaft gelebt hat. Eine eheähnliche Gemeinschaft setzt voraus, dass zwischen zwei Personen, denen eine Eheschließung rechtlich möglich wäre, eine gemeinsame Haushaltsführung besteht. Die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte muss der Kasse vor Eintritt des Leistungsfalls namentlich mit Geburtsdatum in Textform benannt worden sein.
2. Bitte tragen Sie hier **nicht** leibliche und angenommene Kinder sowie Pflegekinder im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 2 EStG ein. Diese sind automatisch waisenrentenberechtigt. In dem Formular müssen nur Kinder eingetragen werden, auf die Folgendes zutrifft:
 - **In den Tarifen 2002 und 2002 (Baden), in den Tarifen 2009 und 2010 (Baden) sowie in den Tarifen 2017 und 2022:**
Kinder Ihres Ehe- oder Lebenspartners (leibliche Kinder, angenommene Kinder sowie Pflegekinder im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 2 EStG), sofern diese Kinder in Ihren Haushalt auf Dauer aufgenommen sind, in einem Obhuts- und Pflegeverhältnis zu Ihnen stehen und der Kasse vor Eintritt des Leistungsfalles von Ihnen namentlich in Textform benannt worden sind. In den Tarifen 2017 und 2022 gilt diese Regelung auch für die Kinder von Lebensgefährten.
 - **In den Tarifen 2009 und 2010 (Baden) sowie in den Tarifen 2017 und 2022:**
Ihre Enkelkinder oder die Ihres Ehe- oder Lebenspartners bzw. Lebensgefährten, sofern diese Kinder in Ihren Haushalt auf Dauer aufgenommen sind und versorgt werden sowie der Kasse vor Eintritt des Leistungsfalles von Ihnen namentlich in Textform benannt worden sind.
3. Der Versicherungsbeginn kann weder vor dem Monat der Antragstellung noch vor dem Beginn des Beschäftigungsverhältnisses liegen. Änderungen können nur für die Zukunft und frühestens zum Beginn des der Antragstellung folgenden Monats vorgenommen werden.
4. Die/der Versicherte kann zusätzlich einen einmaligen Beitrag aus ihrem/seinem Arbeitsentgelt über den Arbeitgeber einzahlen, um z. B. die staatliche Förderung voll auszunutzen. Dies kann insbesondere im Jahr des Versicherungsbeginns empfehlenswert sein.
5. Zur Inanspruchnahme der Riester-Förderung füllen Sie bitte auch die „Anlage zum Antrag auf freiwillige Versicherung EZVKPlus“ aus.

Sie haben Fragen zum Antrag oder zur freiwilligen Versicherung? Rufen Sie uns an!
Unsere Beraterinnen und Berater helfen Ihnen gerne weiter:

Telefon 06151 3301-0

Oder schreiben Sie uns:

Evangelische Zusatzversorgungskasse | Holzhofallee 17 a | 64295 Darmstadt
Telefax 06151 3301-187 | E-Mail: info@ezvk.de | Internet: www.ezvkd.de