



ANTRAG AUF ABSCHLUSS / ÄNDERUNG DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG **VBLextra**

Bitte beachten Sie die umseitigen Hinweise beim Ausfüllen des Antrags.

Antragseingang bei der VBL

ANGABEN ZUR PERSON DES BESCHÄFTIGTEN

Name			
Vorname	Geburtsname (soweit abweichend)		
Straße, Haus-Nr.			
Länderkennzeich.	Postleitzahl	Wohnort	
		1 9	
VBL-Versicherungsnummer	Geburtsdatum [Tag / Monat / Jahr]		Telefon
E-Mail			

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSTARIF

1 Ich beantrage die freiwillige Versicherung in folgender Tarifvariante:

Bitte entsprechenden Buchstaben eintragen

- A** Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrente (ohne Risikoausschluss)
- B** Alters- und Hinterbliebenenrente (unter Ausschluss der Erwerbsminderungsrente)
- C** Alters- und Erwerbsminderungsrente (unter Ausschluss der Hinterbliebenenrente)
- D** Altersrente (unter Ausschluss von Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrente)

2 Die Beiträge aus meinem individuell versteuerten Einkommen werden entrichtet:

Bitte entsprechenden Buchstaben eintragen

- A** ohne Inanspruchnahme der staatlichen Förderung.
- B** mit Inanspruchnahme der staatlichen Förderung nach § 10a, Abschnitt XI EStG ("Riester-Rente").

Mein **rentenversicherungs**pflichtiges Entgelt betrug im Vorjahr brutto:

Gesamtbetrag in Euro

Anzahl der Kinder, für die ich Kindergeld beziehe und deren Kinderzulage in die Versicherung einbezogen werden soll:

Anzahl der Kinder

ANGABEN ZUR BEITRAGSZAHLUNG

3 Ich ermächtige meinen Arbeitgeber bis auf Widerruf, während der Pflichtversicherung bei der VBL die nachfolgend genannten Beiträge zur freiwilligen Versicherung aus meinem individuell versteuerten Arbeitsentgelt an die VBL zu entrichten. In den Zeiten der Pflichtversicherung, in denen kein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht, werden die Beiträge von mir selbst an die VBL gezahlt.

4 Die Beiträge zur freiwilligen Versicherung werden monatlich gezahlt:

beginnend ab

Monat	2	0
Jahr		

in Höhe von

monatl. Betrag in Euro		
------------------------	--	--

5 Zur Sicherung der für das Jahr des Vertragsabschlusses zustehenden staatlichen Förderung wird für die Monate ab Jahresbeginn bis zur Aufnahme der regelmäßigen Zahlungen eine **Einmalzahlung** geleistet:
[bitte ausfüllen, falls gewünscht]

zusätzlich im

Monat	2	0
Jahr		

in Höhe von

Gesamtbetrag in Euro		
----------------------	--	--

Die Versicherungsbedingungen für die freiwillige Versicherung nach der Satzung der VBL habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese als für mich verbindlich an.

Hinweis zum Datenschutz

Ihre persönlichen Daten werden zur Begründung und Durchführung des Versicherungsvertrags benötigt und von der VBL für diesen Zweck unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet und genutzt.

Bei Inanspruchnahme der staatlichen Förderung werden die für die Festsetzung der Zulagen notwendigen Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) übermittelt.

Ort

Datum

Unterschrift des Beschäftigten (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

ANGABEN DES BETEILIGTEN ARBEITGEBERS (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Kontonummer des Beteiligten

Verteilerschlüssel des Beteiligten

Wir bestätigen, dass die o. g. Person bei uns beschäftigt und pflichtversichert ist.

Für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses werden wir die eigenen Beiträge der/des Beschäftigten zur freiwilligen Versicherung aus ihrem/seinem individuell versteuerten Arbeitsentgelt entsprechend dem vorliegenden Antrag an die VBL abführen.

6 Die Zahlungen zur freiwilligen Versicherung **VBLextra** werden **ausschließlich** auf das nachstehende Konto und nur per Einzelüberweisung geleistet:
Landesbank Baden-Württemberg BLZ 600 501 01 Konto-Nr. 2228770

Die Hinweise zum Zahlungsverkehr in der freiwilligen Versicherung, insbesondere zum Verwendungszweck (vgl. Rückseite der Arbeitgeber-Durchschrift), sind uns bekannt.

Für alle Rechte und Pflichten aus der freiwilligen Versicherung gelten die diesbezüglichen Regelungen der Satzung der VBL und ihrer Ausführungsbestimmungen in den jeweiligen Fassungen. Die VBL ist berechtigt, die/den Beschäftigten zu informieren, falls die Beitragszahlungen ganz oder teilweise unterbleiben.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Beteiligten