



# Antrag Maler-Lackierer-Rente

Bei diesen Feldern  bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

**Neuantrag**     **Änderungsantrag**    Vertragsnummer MLR

## 1. Arbeitnehmer

männlich     weiblich

Sozialversicherungsnummer

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Geburtsdatum

## 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\*

\*Tarifwechsel ist grundsätzlich möglich.

## 3. Beitragszahlung

Zahlweise:

monatlich

jährlich

einmalig

Gesamtbetrag:

(der vom Arbeitgeber abgeführt wird)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn:

(Monat/Jahr der ersten Entgeltumwandlung)

monatlich fällig am  
15. des Folgemonats

jährlich fällig

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 Versicherungseigenschaft 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 Altersversorgung und aller vorstehenden Angaben bereit, Beiträge als Arbeitgeber an die zvk abzuführen. Änderungen bzw. Beendigungen richten sich nach den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen.

Firmenname:

Betriebskontonummer:

Fax:

Tel:

E-Mail:

Da-  
tum:

\_\_\_\_\_

Ort:

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift des **Arbeitgebers** (Versicherungsnehmer)