

# Antrag auf Altersvorsorgezulage

Name und Anschrift des Antragstellers

Angabe der Telefonnummer - freiwillig -  
Tel.:

Bitte sofort an oben links stehende Anschrift<sup>①</sup>  
zurücksenden (spätestens bis 31.12.2020)

Bitte sofort an oben links stehende Anschrift<sup>①</sup>  
zurücksenden (spätestens bis 31.12.2020)

## A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2018 **unmittelbar** zulageberechtigt.<sup>②</sup>

**Abweichend** hiervon bin ich für das Jahr 2018 **mittelbar** zulageberechtigt.<sup>③</sup>

*Füllen Sie in diesem Fall bitte auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner<sup>①</sup> in Abschnitt C aus.*

Ich bin für das Jahr 2018 **unmittelbar** zulageberechtigt.<sup>②</sup>

**Abweichend** hiervon bin ich für das Jahr 2018 **mittelbar** zulageberechtigt.<sup>③</sup>

*Füllen Sie in diesem Fall bitte 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.*

ZUSTÄNDIGES FINANZAMT <sup>④</sup>	
STEUERNUMMER <sup>④</sup>	
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	
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)	

◀ **Steuernummer ohne Schrägstriche!**

**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 <sup>④</sup>	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER / ZULAGENUMMER <sup>⑤</sup>	
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.



