

# ANTRAG – Maler-Lackierer-Rente

an die Zusatzversorgungskasse des Maler- und Lackiererhandwerks VVaG  
Maler-Lackierer-Rente, Postfach 62 69, 65052 Wiesbaden

## Ich beantrage die Auszahlung meines Anspruchs aus der Maler-Lackierer-Rente.

MLR-Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer nach § 139 b AO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### A) Art des Antrags (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersrente              | <input type="checkbox"/> Altersrente mit <u>Kapitalauszahlung nach Wartezeit**</u> |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenversorgung                                 |

### **\*\*Hinweise zur Kapitalauszahlung nach Wartezeit**

Das Kapitalwahlrecht muss innerhalb einer Frist von

**einem Monat nach Eintritt des Versicherungsfalles**

ausgeübt werden. Das heißt, innerhalb eines Monats nach Erreichen der Altersgrenze bzw. dem auf Ihrem Rentenbescheid bescheinigten Eintritt des Versicherungsfalles. Sie haben ab diesem Stichtag 1 Monat Zeit, das Kapitalwahlrecht zu beantragen (Abschnitt II.1.2.4 der Versicherungsbedingungen). Bei einem Rentenaufschub gemäß II.2.1 der Versicherungsbedingungen beginnt die Monatsfrist ab beantragtem Leistungsbeginn (Aufschub des Versicherungsfalles).

Rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen zum Fristablauf bei der Malerrente haben (0611/7630-0).

### B) Personalien des Antragstellers

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

### Bankverbindung:

Name und Sitz der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bei abweichendem Kontoinhaber müssen wir im Leistungsfall das zuständige Finanzamt informieren (§ 33 Abs. 3 Erbschaftsteuer- und Schenkungssteuergesetz).

Krankenkasse:

gesetzlich versichert

privat versichert

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mitglieds- bzw. Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Elterneigenschaft:

Bei Leistungsempfängern, die Kinder haben, wird ein geringerer Pflegeversicherungssatz angesetzt.

Es zählen alle Kinder, auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder.

Als Nachweis gelten sämtliche behördlichen Unterlagen, z.B. Lohnsteuerkarte mit Kinderfreibetrag, Geburts- oder Adoptionsurkunde, Nachweis über Pflege vom Jugendamt. Bei Stiefkindern z.B. Meldebescheinigung vom Einwohnermeldeamt, dass das Kind den gleichen Wohnsitz hat(te) usw.

Elterneigenschaft liegt vor (bitte nachweisen)

Elterneigenschaft liegt **nicht** vor

**C) Versicherte Person**

(falls Antragsteller und versicherte Person unterschiedlich)

Vorname \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Die Lebensgemeinschaft/Ehe besteht seit: \_\_\_\_\_

**D) Angaben zum Versorgungsfall:**

gesetzliche Altersrente seit: \_\_\_\_\_

Erwerbsunfähigkeit seit: \_\_\_\_\_

Tod der versicherten Person am: \_\_\_\_\_

Leistungsbeginn bei Rentenaufschub: \_\_\_\_\_

**E) Beigefügte Nachweise**

Rentenbescheid/e (Kopie)

Kopie der Sterbeurkunde

Original-Versicherungsschein/e  
(inklusive etwaiger Nachträge)

alternativ: Verlusterklärung

Bitte beachten Sie, dass im Leistungsfall Krankenkassenbeiträge, Steuern und Sozialabgaben anfallen können. Die zuständigen Stellen werden von uns über die Höhe Ihrer Rente informiert.

## **F) Verpflichtungserklärung des Antragstellers**

Ich versichere, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich verpflichte mich bei Änderungen, die auf die Gewährung der Rente(n) Einfluss haben, die ZVK-Maler sofort schriftlich zu unterrichten. Insbesondere bei Änderung oder Wegfall einer gesetzlichen Rente bzw. bei Änderung der Erwerbsminderung, die einer Rente wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit zu Grunde liegt.

Jede Änderung, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, teile ich unverzüglich schriftlich mit. Überzahlte Beträge zahle ich der ZVK-Maler zurück. Zugleich beauftrage ich das jeweils führende Geldinstitut, auch über meinen Tod hinaus, mit Wirkung gegenüber den Bevollmächtigten und den Erben, überzahlte Beträge der ZVK-Maler zurückzuzahlen, die verlangten Auskünfte zu erteilen sowie diesen gegebenenfalls die Verfügungsberechtigten bekanntzugeben

### **Datenschutzrechtlicher Hinweis**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Nähere Informationen hierzu finden Sie unter [www.malerkasse.de](http://www.malerkasse.de)

### **Bevollmächtigung zur Offenlegung personenbezogener Daten**

Hiermit bevollmächtigte ich folgende Stellen, die Angaben zur Bearbeitung des Antrages und zur Gewährung von Versicherungsleistungen durch die ZVK-Maler machen können, der ZVK-Maler alle zur Antragsbearbeitung notwendigen Daten zu übermitteln, beispielsweise durch elektronischen Datenaustausch, Herausgabe von Unterlagen und die Gewährung von Einsichtnahme in die Renten- und Leistungsakten:

1. frühere Arbeitgeber
2. Sozialleistungsträger insbesondere die Deutsche Rentenversicherung und Knappschaften sowie die Berufs-genossenschaften und die Krankenkassen

Ihre Bevollmächtigung dient der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Rentenleistung und ermöglicht der ZVK-Maler eine zügige Antragsbearbeitung. Sie können ihre Bevollmächtigung jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

die malerkasse  
Zusatzversorgungskasse  
des Maler- und Lackiererhandwerks VVaG  
- **Maler-Lackierer-Rente** -  
Postfach 62 69  
65052 Wiesbaden

## Verlusterklärung

MLR-Vertragsnummer:

Versicherte Person:

Es wird durch eigenhändige Unterschrift erklärt, dass der von der Zusatzversorgungskasse des Maler- und Lackierhandwerks (zvK), Gustav-Stresemann-Ring 7, 65189 Wiesbaden ausgestellte Versicherungsschein und ggf. die dazugehörigen Nachträge zu o.g. MLR-Vertragsnummer abhanden gekommen sind.

Für aus dem ungültig gewordenen Versicherungsschein gegen die zvK erhobene Ansprüche wird jede Haftung übernommen. Der Versicherungsschein ist einem Dritten nicht ausgehändigt worden.

---

Ort, Datum

---

rechtsverbindliche Unterschrift