



An die

**Pensionskasse des  
Schornsteinfegerhandwerks  
Postfach 81 08 71  
81901 München**

Hausanschrift:  
Arabellastraße 31, 81925 München  
Telefon: (089) 9235 - 6 (Vermittlung)  
- 8217 (Durchwahl)  
- 8279 ( " " )  
Telefax: (089) 9235 - 8979  
E-Mail: pks@versorgungskammer.de  
Internet: www.versorgungskammer.de

Bankverbindung:  
BLZ: 700 500 00 Kto.: 36 41 87 0  
BIC: BYLADEMM IBAN: DE17 7005 0000 0003 6418 70  
Bayern LB

Versicherungsnummer: J/PKS -
---------------------------------

(wird von der Pensionskasse - PKS - ausgefüllt)

## Antrag auf Förderung der privaten Altersvorsorge (Riesterförderung)

### I. Angaben der/des Versicherten

Anrede:  Herr  Frau Titel: \_\_\_\_\_

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

Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Beschäftigt als:  Geselle/Gesellin bzw. dazu Auszubildende(-r)  
 sonstige(-r) Mitarbeiter(-in)

### II. Angaben zur privaten Altersvorsorge

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (siehe Sozialversicherungsausweis der LVA/ BfA)

Sozialversicherungspflichtiges  
Brutto-Entgelt des Vorjahres: \_\_\_\_\_ (siehe Verdienstbescheinigung oder Lohnsteuerkarte)

Die Versicherung bei der PKS soll im Rahmen der privaten Altersvorsorge ab dem \_\_\_\_\_  
(gewünschter Versicherungsbeginn) durchgeführt werden.

Ich möchte monatlich den Beitrag leisten, der mir die maximale staatliche Zulage sichert

Ich möchte einen von mir frei gewählten monatlichen Beitrag leisten und dafür staatliche Förderung erhalten.

Jährlicher Beitrag zum Erreichen der vollen Zulage			
ab 2002	ab 2004	ab 2006	ab 2008
1 %	2 %	3 %	4 %
des sozialversicherungspflichtigen Vorjahres-Bruttoentgelts			

\_\_\_\_\_ €  
(monatlicher Beitrag)

Sollte mein Beitrag den Mindesteigenbeitrag nicht erreichen, so erhalte ich die Zulage anteilig, soweit nicht der Sockelbetrag unterschritten wird.

Im Rahmen der staatlichen Förderung möchte ich auch die Kinderzulage für folgende kindergeldberechtigte Kinder erhalten:

(**Hinweis:** Die Kinderzulage wird grundsätzlich dem Vertrag der Mutter gutgeschrieben, wenn nicht die Ehepartner gemeinsam beantragen, dass die Zulage dem Vertrag des Vaters gutgeschrieben werden soll; ggf. entsprechenden Antrag beilegen.)

	Vorname, ggf. Nachname (wenn abweichend)	Geburtsdatum
Kind 1		
Kind 2		
Kind 3		

(weitere Kinder bitte auf einem Beiblatt angeben)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Für Minderjährige: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

### III. Unterschriften und rechtliche Hinweise

#### 1. Kenntnisnahmebestätigung

Die in der Satzung enthaltenen Bestimmungen informieren über alle für das Versicherungsverhältnis wichtigen Regelungen, insbesondere über Beginn, Ende und Durchführung des Versicherungsverhältnisses (Tarif 2002: §§ 16 ff. der Satzung; Tarif 2013: §§ 28 ff. der Satzung) sowie über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen (Tarif 2002: §§ 21 ff. der Satzung; Tarif 2013: §§ 33 ff. der Satzung). Von dem Inhalt dieser Bestimmungen habe ich Kenntnis genommen.

#### 2. Widerrufsbelehrung

##### 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 die Versicherungsbestätigung, die Satzung der Pensionskasse, sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 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:

Pensionskasse des Schornsteinfegerhandwerks  
Postfach 81 08 71  
81901 München

Telefax: (089) 9235 – 8979

E-Mail: [pk@versorgungskammer.de](mailto:pk@versorgungskammer.de)

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und die beiderseits empfangenen Leistungen sind zurückzugewähren.

##### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Für Minderjährige: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

### 3. Datenschutzrechtliche Erklärung

Ich willige ein, dass die PKS meine persönlichen Daten zur Durchführung der beantragten Versicherung speichert, verarbeitet und an die Zulagenstelle (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen, 10704 Berlin) übermittelt. Ich weiß, dass ich die Abgabe dieser Einverständniserklärung verweigern kann mit der Folge, dass mein Antrag von der PKS nicht weiter bearbeitet werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

Für Minderjährige: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

### 4. Aufsichtsbehörde

Rechts- und  
Versicherungsaufsicht:

Bayerisches Staatsministerium  
des Innern  
Odeonsplatz 3  
80539 München

### 5. Gerichtsstand und Rechtsordnung

Für Klagen des Versicherungsnehmers gegen die PKS sind die sachlich zuständigen Gerichte am Sitz der PKS in München zuständig (§ 17 ZPO). Für Klagen der PKS gegen den Versicherungsnehmer ist das für den Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers zuständige Amts- oder Landgericht am Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers örtlich zuständig (§§ 12, 13 ZPO).  
Es gilt deutsches Recht.