

Name, Vorname	Sachb.-Nr./DST/ Pers.-Nr.:  / /
---------------	---------------------------------------

Zentrale Bezügestelle  
des Landes Brandenburg  
Postfach 15 60 21  
03060 Cottbus

## Zulageverfahren für die zusätzliche private Altersvorsorge

Dieses Formular ist **nur** von Empfängerinnen/Empfängern von einer Versorgung wegen Dienstunfähigkeit, Besoldung bzw. von Amtsbezügen oder gleichgestellten Personen auszufüllen (siehe Erläuterungen), wenn sie einen staatlich geförderten privaten Altersvorsorgevertrag ("**Riesterrente**") abgeschlossen haben und die staatliche Förderung in Anspruch nehmen möchten.

### Einwilligung zur Übermittlung und Verwendung von Daten

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass die Zentrale Bezügestelle (ZBB) der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund jährlich

- a) bestätigt, dass ich zum begünstigten Personenkreis gehöre,
- b) die für die Ermittlung des Mindesteigenbeitrags (§ 86 Einkommensteuergesetz) erforderlichen Daten übermittelt und die ZfA diese Daten für das Zulageverfahren verwenden darf.

Abschluss des Altersvorsorgevertrages:

Beitragsjahr, ab dem die Erklärung erstmalig gelten soll: 20

Bitte ergänzen Sie die fehlenden Angaben

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>
<b>Namenszusatz</b>	<b>Titel</b>	<b>Geschlecht</b>
<b>Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer</b>		
<b>Geburtsname</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>



## Erläuterungen:

Dieses Formular kann verwendet werden von:

- Empfängerinnen/Empfängern von Besoldung (**Beamtinnen/Beamte, Beamtenanwärter/innen und Richter/innen**),
- Empfängerinnen/Empfängern von Amtsbezügen (soweit das Versorgungsrecht die entsprechende Anwendung des § 69e Abs. 3 und 4 des Beamtenversorgungsgesetzes vorsieht),
- gleichgestellten Personen (rentenversicherungsfreie Beschäftigte [bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechtes usw.], denen nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anwartschaft auf Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit und im Alter sowie auf Hinterbliebenenversorgung gewährleistet und die Erfüllung der Gewährleistung gesichert ist [§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI]. Voraussetzung ist, dass das Versorgungsrecht die entsprechende Anwendung des § 69e Abs. 3 und 4 des Beamtenversorgungsgesetzes vorsieht.),
- Beamtinnen/Beamten und Richterinnen/Richtern, die für die Zeit einer Beschäftigung unter Wegfall ihrer Besoldung beurlaubt sind und deren Beurlaubungszeit als ruhegehaltfähig anerkannt wird, und
- Personen im vorstehenden Sinne, die die anerkannten Kindererziehungszeiten in Anspruch nehmen,
- **Empfänger von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit**, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug der Versorgung dem vorgenannten Personenkreis angehört und noch nicht das 67. Lebensjahr vollendet haben.

Einwilligung, Versicherungs- bzw. Zulagenummer

**Ihre Einwilligung zur Übermittlung und Verwendung von Daten ist Voraussetzung für das Zulageverfahren und somit für die Inanspruchnahme der Zulage. Ohne Ihre Einwilligung kann die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen keine Zulage ermitteln und zahlen (Zulageverfahren). Zuordnungsmerkmal im Zulageverfahren ist außerdem die Versicherungs- bzw. Zulagenummer; ohne eine entsprechende Zuordnung kann das Zulageverfahren nicht durchgeführt werden.**

Widerruf der Einwilligung

Ihre Einwilligung ist bis zum Widerruf wirksam. Der Widerruf ist rechtzeitig vor Beginn des Veranlagungszeitraums (Kalenderjahr), für den die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, gegenüber der ZBB bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres zu erklären. Wird der Widerruf z. B. im Oktober 2018 erklärt, so gilt Ihre frühere Einwilligung nicht mehr ab 2019.

Weitere Informationen!

Weitere Informationen zu diesem Formular entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt „Zusätzliche private Altersvorsorge - Informationen für Beamtinnen/Beamte“.