

Antrag auf Einzelfallabsicherung für den Ruhestand (Nebenabrede)



Vertragsnummer:

Vermittler:

1. Angaben zum Antragsteller

(Betreffendes bitte ankreuzen)

Vorname(n) und Familienname

Geburtsdatum

Geburtsort

Titel

zurzeit ausgeübte Tätigkeit

Nationalität

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

☐ m ☐ w

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

E-Mail

ggf. Homepage

Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ _____

Berufstätigkeit / Beschäftigung:

seit

☐ Selbständiger

☐ Freiberufler

☐ Beihilfeberechtigter (z.B. Beamter)

☐ Arbeitnehmer

Arbeitgeber

Telefon / Fax

E-Mail

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Einkommen

Ihr Bruttoeinkommen:

Ihr Nettoeinkommen:

2. Sonstige Angaben und Fragen

Wurden bereits Rentenbeiträge in eine gesetzliche Rentenkasse oder private Rentenversicherung eingezahlt?

Versicherer / Kasse	von ... bis ...	Beitragshöhe in €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurden oder werden andere Rentenbeiträge von einer gesetzlichen Rentenkasse oder privaten Rentenversicherung gezahlt oder bereits bezogen?

Versicherer / Kasse	von ... bis ...	Beitragshöhe in €	Art der Rente (Waisenrente, Witwenrente usw.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Individuelle Leistungen

Sie können unter folgenden Vereinbarungen wählen.

Leistungen des **KRD** (im Sinne der Mindestanforderungen des SGB VI) sind markiert.

<input checked="" type="checkbox"/>	Leistung in Zahlungsmitteln bei Eintritt des vereinbarten Rentenalters (Altersrente)
<input checked="" type="checkbox"/>	Leistung in Zahlungsmitteln bei verminderter Erwerbsfähigkeit
<input checked="" type="checkbox"/>	Hinterbliebenenrente
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Bitte kreuzen sie die gewünschten Versorgungsleistungen an:

<input type="checkbox"/>	Basisversorgung mit Energie, Wärme, Wasser, Abwasser
<input type="checkbox"/>	Altenpflege
<input type="checkbox"/>	Komplettversorgung im Ruhestandshaus bei Eintritt des vereinbarten Ruhestandsalters oder zu einem späteren Zeitpunkt freier Wahl
<input type="checkbox"/>	Medizinische Versorgung in einem Gesundheitshaus des KRD
<input type="checkbox"/>	Sinnvolle Altersbeschäftigung
<input type="checkbox"/>	Schulung, Bildung, Seminare
<input type="checkbox"/>	Sterbehilfe

4. Bankverbindung

Ihre Bankverbindung im SEPA-System:

IBAN:

BIC:

Bank:

Ihr Konto bei der Königlichen Reichsbank:

Kontonummer:

5. Vertragsbeginn

Ab wann soll der Einzelfallvertrag in Kraft treten?

6. Renteneintrittsalter

Ab wann wollen Sie Leistungen des KRD in Anspruch nehmen?

7. Über welche Quelle(n) haben Sie von uns erfahren?

- ☐ Internet
- ☐ Freunde/Bekannte
- ☐ Seminare/Vorträge
- ☐ Sonstige

8. Schlußerklärung

Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin

Einschränkungen der Leistungen

Die Gewährung von Leistungen beginnt nicht vor dem vereinbarten Termin und frühestens durch Zustandekommen des Vertrags. (Alle bis zum Zustandekommen des Vertrags eintretenden Veränderungen sind unverzüglich nachzumelden).

Es besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen. Wir bieten individuell zu bescheidende Kostenübernahme, wobei ein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme **einer bestimmten Leistung** von vornherein nicht gewährt wird.

Die Leistungen werden nur in Deutschland gewährt. Individuelle davon abweichende Einzelfallvereinbarungen sind möglich.

Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags

Die Fragen in diesem Antrag sind nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann das KRD vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

Grundlage der Inanspruchnahme der Wahlleistungen durch den Antragsteller ist ein Leistungsaustausch zwischen den Vertragspartnern, der in Aufwand, Größe und Wert den gewünschten Wahlleistungen entspricht.

Sollten die angebotenen Leistungen des Antragstellers nicht in der vereinbarten Form möglich sein, ist ein Ausgleich in Euro oder E-Mark möglich. Die Höhe des Betrages richtet sich nach den individuell vereinbarten Leistungen.

Anwendbares Recht

Es gilt vorrangig deutsches Recht des Königreiches Deutschland.

Aufsicht

Etwaige Beschwerden des Antragstellers können schriftlich an das KRD, Postfach 100 121, zu 06871 Lutherstadt Wittenberg gerichtet werden.

Datenschutz

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mindestvertragslaufzeit

Die Mindestvertragslaufzeit beläuft sich auf 18 Monate.

Kündigung

Es besteht eine Kündigungsfrist von 3 Monaten. Im Fall einer Änderung der Leistungsvereinbarung durch das KRD tritt ein Sonderkündigungsrecht in Kraft.

Zahlungsverzug

Sollte die vereinbarte Leistung des Antragstellers nach **zwei Monaten** noch nicht beglichen sein, folgt die erste Mahnung, nach **drei Monaten** die zweite Mahnung (zzgl. 1,50 € / E-Mark pro versäumtem Monat).

Statut

Der Antragsteller anerkennt durch seine Unterschrift das Statut der DR vollumfänglich. Das Statut ist veröffentlicht unter: <http://deutsche-rente.org/> oder auch auf Anfrage erhältlich.

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit.
Wir bitten Sie, jegliche Änderungen dem KRD unverzüglich mitzuteilen.**

Ort und Datum

Unterschrift(en) des Staatsangehörigen / Staatszugehörigen
Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Antrag angenommen: _____

Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten des KRD