

Anschrift des jeweiligen
Anbieters

Feld für Vertragsnummer des Anbieters

2025

Name und Anschrift des Antragstellers

Antrag auf Altersvorsorgezulage

Optionales Feld für Telefonnummer des Antragstellers
- Angabe der Telefonnummer ist freiwillig -

Bitte umgehend an Ihren Anbieter¹
zurücksenden (spätestens bis 31.12.2027)!

A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2025 **unmittelbar** zulageberechtigt.²

Abweichend hiervon bin ich für das Jahr 2025 **mittelbar** zulageberechtigt.³

Bitte füllen Sie in diesem Fall auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner in Abschnitt C aus.

B Angaben Antragsteller

Bereits erfasste Angaben	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
	Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.
IDENTIFIKATIONSNUMMER ⁴	
SOZIALVERSICHERUNGSSNUMMER ⁵ / ZULAGENNUMMER	
GESCHLECHT	weiblich männlich divers oder laut Geburtenregister ohne Angabe
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron)	
VORSATZWORT (z. B. von, auf, der, da, del)	
NAME	
GEBURTSORT (ohne PLZ)	
GEBURTSNAME	
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	
STRASSE / HAUSNUMMER	
PLZ ORT (Wohnsitz)	

Die hochgestellten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Abschnitte in den Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2025.

C Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner - Erklärung (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Die bereits erfassten Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner sind seit dem 01.01.2025 nicht mehr gültig (z. B. Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft).

Bereits erfasste Angaben	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
	Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.
IDENTIFIKATIONSNUMMER ⁴	
SOZIALVERSICHERUNGNUMMER ⁵ / ZULAGENNUMMER	
GESCHLECHT	weiblich männlich divers oder laut Geburtenregister ohne Angabe
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron)	
VORSATZWORT (z. B. von, auf, der, da, del)	
NAME	
GEBURTSORT (ohne PLZ)	
GEBURTSNAME	
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	

D Angaben zu Beamten, Richtern, Berufssoldaten oder diesen gleichgestellten Personen sowie Empfängern von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit (Personenkreis nach § 10a Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 4 Einkommensteuergesetz)²

Gehören Sie zu diesem Personenkreis, lesen Sie sich bitte hierzu den gesamten Abschnitt D aufmerksam durch und setzen ein Kreuz im Feld am Ende dieses Absatzes, wenn die nachfolgend genannten Voraussetzungen auf Sie zutreffen.

Ich war in der Zeit zwischen dem 01.01. und 31.12.2024

- 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 oben genannten 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 Ihrer 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 **schriftlich oder elektronisch** eine **Einwilligungserklärung** gegenüber Ihrer zuständigen Stelle abgeben². Beachten Sie 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.

E Angaben über die Art und Höhe der maßgebenden Einnahmen, wenn Sie unmittelbar zulageberechtigt² sind

Hatten Sie im Jahr 2024 beitragspflichtige Einnahmen aus einem inländischen gesetzlichen rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und / oder haben Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit von der **deutschen gesetzlichen Rentenversicherung** erhalten, erhebt die ZfA die Höhe dieser Einnahmen bei Ihrem Rentenversicherungsträger; hierzu sind keine Angaben erforderlich. Haben Sie im Jahr 2024 Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken- oder Arbeitslosengeld; Kurzarbeitergeld, das von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt wird) bezogen, erhebt die ZfA die Höhe dieser Einnahmen bei der Finanzverwaltung; hierzu sind ebenfalls keine Angaben erforderlich.
Füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder a) bis c) nur dann aus, wenn Sie im Jahr 2024 Einnahmen hatten, die unter den folgenden Punkten aufgeführt sind:

- Punkt a) Sie haben ein **tatsächliches Entgelt** (z. B. bei Altersteilzeit oder aus einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung; Kurzarbeitergeld, das vom Arbeitgeber gezahlt wird) erzielt.

Punkt b) Sie unterlagen einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht und haben ausländische Einnahmen erzielt und / oder erhielten aus einer **ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung** eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Punkt c) Sie sind pflichtversichert in der **landwirtschaftlichen Alterskasse** und haben Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft erzielt bzw. von dort Ihre Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit bezogen.

a) Angaben zum tatsächlichen Entgelt

Haben Sie im Jahr 2024 vorübergehend oder dauerhaft ein tatsächliches Entgelt erzielt, das von dem bei dem Rentenversicherungsträger zugrunde gelegten Entgelt - den beitragspflichtigen Einnahmen - abweicht (z. B. bei Altersteilzeit oder aus einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung; Kurzarbeitergeld, das vom Arbeitgeber gezahlt wird)⁶, geben Sie hier bitte nachfolgend Ihr tatsächlich erzieltes Entgelt an. Die Angaben dienen der Berechnung der Zulagen.

Zeitraum von - bis (Monat) Tatsächliches Entgelt⁶ | EUR

b) Angaben zu ausländischen Einnahmen und / oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung

Ich übte im Jahr **2025** eine Beschäftigung aus, die einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterlag und / oder erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung.

Ich bezog im Kalenderjahr **2024** Einnahmen aus einer Beschäftigung, die einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterlag und / oder erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung. **Die Angabe ist unbedingt erforderlich, sofern unter b) ein Kreuz gesetzt wurde.**

Zeitraum von - bis (Monat) Summe der ausländischen Einnahmen^{6, 7} Währung


c) Angaben zur landwirtschaftlichen Alterskasse

Ich bin pflichtversichert in der landwirtschaftlichen Alterskasse. Meine Mitgliedsnummer der landwirtschaftlichen Alterskasse lautet:

A horizontal number line starting at 0 and ending at 8. There are 8 tick marks on the line, including the start and end points. The tick marks are evenly spaced.

Feld für Vertragsnummer des Anbieters

F Kinderzulage

Ich beantrage die Kinderzulage für Kind/-er.

Bitte füllen Sie hierzu den Ergänzungsbogen - Kinderzulage - aus.

Es müssen im Abschnitt C Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner eingetragen werden, sofern es sich bei den genannten Kindern um Kinder von Eltern handelt, bei denen die nachfolgenden Bedingungen im Beitragsjahr 2025 erfüllt waren:

- miteinander verheiratet / Führen einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- kein dauerhaftes Getrenntleben während des gesamten Beitragsjahres **2025**
- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Staat, auf den das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) anwendbar ist.

G Bevollmächtigung

Bitte lesen Sie hierzu den Punkt 9 der Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2025.

Raum für den Anbieter, sich eine Vollmacht erteilen zu lassen.

Dieses Feld ist optional.

Unterschrift nicht vergessen!

. .

Datum (TT.MM.JJJJ)

Antragsteller

gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Raum für den Anbieter für Hinweise zu seinem Datenschutz

Dieses Feld ist optional.