

## Antrag auf Kapitalauszahlung anstelle einer Altersrente aus der ZusatzrentePlus (Freiwillige Versicherung)

Versicherungsnummer	Mitgliedsnummer																				
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										

### 1. Angaben zur Person

Name, ggf. auch Geburtsname, Vorname(n)		
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl	Wohnort	Telefon

### 2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung des Versicherten gestellt vom			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen)		<input type="checkbox"/> Betreuer (bitte amtlichen Nachweis – beglaubigte Abschrift genügt – )	
Name, Vorname bzw. Bezeichnung der (betreuenden) Einrichtung			Telefon
Straße, Hausnummer ggf. Postfach	Postleitzahl	Ort	Aktenzeichen

### 3. Auszahlung

Ich beantrage eine vollständige Kapitalauszahlung anstelle einer Altersrente. Die unten stehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Den Antrag auf Leistungen aus der ZusatzrentePlus (Freiwillige Versicherung) mit einer Kopie des Bescheides der gesetzlichen Rentenversicherung werde ich zu gegebener Zeit nachreichen.

**Hinweis:**  
Der Antrag auf Kapitalauszahlung anstelle einer Altersrente muss frühestens ein Jahr, spätestens aber sechs Monate vor Rentenbeginn bei der Kasse eingehen. Wurde die ZusatzrentePlus (Freiwillige Versicherung) staatlich gefördert (durch Zulagen und Sonderausgabenabzug), wird bei einer vollständigen Auszahlung das Kapital um die staatlich gewährten Leistungen vermindert, da es sich hierbei um eine schädliche Verwendung handelt und die Förderung zurückzuzahlen ist. Beruht das gebildete Kapital auf steuerfreien Beiträgen (beispielsweise durch eine Entgeltumwandlung), unterliegt das Kapital der vollen Versteuerung im Jahr der Auszahlung. Die steuerliche Belastung kann unter Umständen einen Großteil der Kapitalauszahlung zunichte machen.

Bei der vollständigen Kapitalauszahlung werden von der Kasse 10 % des auszahlenden Kapitals zur Sicherung des biometrischen Risikoausgleichs einbehalten.

Ort	Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
_____	_____	_____

Bitte senden Sie den Antrag auf Kapitalauszahlung an folgende Adresse:

Zusatzversorgungskasse des  
Kommunalen Versorgungsverbands Sachsen  
Postfach 160 163  
01287 Dresden