

Pensionskasse der
Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20
80336 München

Vertrags-Nr. _____
Arbeitgeber/Nr. _____
Name/Vorname _____
Geschlecht m w d
Straße _____
PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Mitglieds-Nr.¹ _____
Identifikations-Nr. _____
E-Mail Adresse* _____
Telefonnummer* _____

Beitrag

neuer Beitrag²

neuer Beitragsanteil

_____ € Arbeitgeber: _____ € _____ % Arbeitnehmer/in: _____ € _____ %
Zugrundeliegende Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung West Ost

Beitragszahlweise

Beitragsdynamik (jährlich zum Januar)

monatlich einmalig
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich

ohne Dynamik
 dynamisch mit _____ %
 4 % oder 8 % laufende Anpassung an die BBG⁵
 %-uale Steigerung gegenüber Vorjahres BBG

² Bitte füllen Sie bei Änderungen, die zu einer Erhöhung der Beiträge führen, zusätzlich folgende Angaben aus.

Die Beitragsänderungen gelten ab dem **01.** _____ (Datum)

➤ Die Pensionskasse verzichtet in den AVmG-Tarifen und im Tarif bAVFlex in folgenden Fällen auf die Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand: Sofern Sie

- a) Barlohn in Versorgungslohn umwandeln (Entgeltumwandlung), bis zu einem Beitrag von 4 % bzw. max. 8 % der BBG p.a.
- b) vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersversorgung erhalten, bis zu einem Beitrag von 4 % bzw. max. 8 % der BBG p.a.
- c) oder auf vermögenswirksame Leistungen (VL) zu Gunsten betrieblicher Altersversorgung verzichten, bis zur jährlich max. möglichen Höhe der VL

und soweit jeweils belegt werden kann, dass für alle Beschäftigten eines Arbeitgebers ein nachgewiesener Beschluss besteht, dass die betriebliche Altersversorgung ausschließlich über die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG möglich ist und sich jeweils innerhalb der unter a), b) und/oder c) genannten Beitragshöchstgrenzen bewegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

➤ Sollte ein solcher Beschluss nicht vorliegen, verzichtet die Pensionskasse ebenfalls auf die Angaben zum Gesundheitszustand, wenn bestätigt wird, dass sich am Gesundheitszustand der bereits versicherten Person nichts geändert hat. Sofern die uns vorliegenden Gesundheitsfragen älter als zwei Jahre sind, können wir auf aktuelle Angaben zum Gesundheitszustand nicht verzichten.

Die versicherte Person erklärt nach bestem Wissen und Gewissen, dass seit den zuletzt – jedoch nicht älter als zwei Jahre – eingetretenen Angaben zum Gesundheitszustand keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bekannt geworden oder eingetreten ist.

Bitte beachten Sie, dass die Pensionskasse gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 des Versicherungsvertragsgesetzes bei Falschauskünften vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

➤ Ab Vollendung des 62. Lebensjahres entfällt allgemeingültig das Erfordernis einer Gesundheitsprüfung.

➤ Ist keiner der vorgenannten Punkte zutreffend, bitten wir Sie den Vordruck Gesundheitsfragen auszufüllen. Das Formular dazu finden Sie im Downloadbereich unserer Homepage unter www.pensionskasse.coop

Kontoverbindung (nur bei Änderung)

Die Beiträge werden nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei geleistet bzw. nach § 40 b EStG in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung versteuert. Bitte geben Sie an, falls stattdessen eine Riester Förderung gewünscht ist (nur für individuell versteuerte Beiträge in der Tarifoption „safe“ möglich).

	Arbeitgeber	Arbeitnehmer/in ³
Kontoinhaber		
IBAN		
SEPA-Mandat NEU	Für neue Mandate bitte das Formular im Downloadcenter unserer Homepage verwenden.	

³ Entgeltumgewandelte Beitragsanteile sind dem Arbeitnehmer zuzuordnen, auch wenn die Abbuchung der Beiträge zwingend über das Konto des Arbeitgebers erfolgt. Wird der Arbeitnehmerbeitrag nicht im Wege der Entgeltumwandlung über das Konto des Arbeitgebers eingehoben, sondern vom Konto des Arbeitnehmers, stehen diesem andere Formen der Beitragsförderung offen. Bitte kreuzen Sie an, wenn hierfür – ganz oder teilweise – eine Riesterförderung nach § 10 a bzw. Abschnitt XI EStG gewünscht wird.

Ehe-/Lebenspartner (optional)

eheliche bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft gemäß §§ 1 ff Lebenspartnerschaftsgesetz

nichteheliche Lebenspartnerschaft

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d

Bei einer nichtehelichen Lebenspartnerschaft unbedingt angeben: Gemeinsamer Wohnsitz seit _____ (Datum)

Kapitalwahlrecht

Als Ablaufleistung wird eine Kapitalabfindung zum _____ (Datum bzw. Lebensjahr) beantragt.

Kapitalwahlrecht für folgende Verträge: _____ Kapitalwahlrecht für alle Verträge

Bitte beachten Sie:

Der Antrag auf Kapitalwahlrecht (Rentenabfindung) muss mindestens drei Jahre vor Inanspruchnahme der Leistung gestellt werden, vgl. Artikel 9 d der Versicherungsbedingungen für die AVmG-Tarife, sowie für den Tarif bAVFlex. Es gilt der bis zu diesem Zeitpunkt zuletzt gestellte, fristgerecht bei der Pensionskasse eingegangene Antrag. Geht der Pensionskasse kein frist- und formgerechter Antrag über die Ausübung des Kapitalwahlrechts zu, gilt als Ablaufleistung eine Rentenzahlung vereinbart. Bitte beachten Sie, dass gemäß § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) in Verbindung mit Artikel 9 c der Versicherungsbedingungen für die AVmG-Tarife, sowie für den Tarif bAVFlex eine Vererbbarkeit des Kapitals und des Kapitalwahlrechts ausgeschlossen ist. Wichtig: Sofern das Kapitalwahlrecht ausgeübt wurde, ist es nicht mehr möglich die Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG steuerbefreit einzuzahlen.

Rücknahme des bestätigten Antrages auf Kapitalwahlrecht

* Optionale Angabe. Mit der Angabe von E-Mail und/oder Telefonnummer erteilen Sie uns die Einwilligung Sie zum Zwecke der Vertragsverwaltung über diese Kanäle anzusprechen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber der Pensionskasse widerrufen. Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.pensionskasse.coop/kontakt/datenschutz/>.

Ort, Datum

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift der versicherten Person