

Antrag auf Weiterversicherung im Zusatzversicherungstarif

zurück an:

oder per Fax: +49 2241/9953-3444

Pensionskasse HT Troplast VVaG
Kronenstraße 51
53840 Troisdorf

| |
|------------------|
| Personalnummer: |
| Name, Vorname: |
| Straße, Hausnr.: |
| PLZ, Wohnort: |

Ich nehme hiermit das Recht wahr, nach meinem Austritt die Zusatzversicherung im Rahmen der Weiterversicherung mit Mitgliedsbeiträgen in Höhe von jährlich mindestens 246,75 €* bis maximal 8 % der jeweils jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (2022 = 6.768 €) fortzusetzen.

Zahlungsmöglichkeiten: (Bitte nur eine ankreuzen!)

1. Ich überweise selbstständig auf das Konto der **Pensionskasse HT Troplast VVaG**:
Kreditinstitut: **Degussa Bank GmbH (BIC-Code: DEGUDEFFXXX)**
IBAN: **DE 38 5001 0700 0000 5700 22**
Verwendungszweck: / / **Weiterversicherung**
- jeweils zum Stichtag 30.06. eines jeden Jahres einen Betrag in Höhe von _____ €. (Der Betrag kann von mir selbst bestimmt werden – in einer Spanne von 246,75 € bis 6.768 €. Erfolgt die Weiterversicherung über Ihren neuen Arbeitgeber aus Ihrer Brutto-Entgeltumwandlung, bitte im Verwendungszweck auch die Angabe „steuerfreie Entgeltumwandlung“.).
- Ich werde im Jahr 2022 spätestens bis zum 31.12. einen Betrag von mindestens 246,75 € bis maximal 6.768 € einzahlen.
2. Ich ermächtige die **Pensionskasse HT Troplast VVaG** (Gläubiger-ID: DE 19 ZZZ 00000115154), ab dem _____** von meinem unten stehenden Konto mittels **SEPA-Basis-Lastschrift** mit der Mandats-Referenz: **M _____** (wird von der Pensionskasse vergeben)
- jährlich, zum 30.06. eines jeden Jahres, einen Beitrag in Höhe von _____ € und/oder
- jährlich, zum 28.12. eines jeden Jahres, einen Betrag in Höhe von _____ € und/oder
- monatlich, jeweils zum drittletzten Bankarbeitstag*** in Höhe von _____ €
- einziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pensionskasse HT Troplast VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

| | |
|--------------------------|----------|
| Name des Kontoinhabers | |
| Name des Kreditinstituts | BIC-Code |
| IBAN | |

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Falls mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Weist das Kreditinstitut die Lastschrift mangels Deckung zurück, so trage ich die Kosten der Pensionskasse HT Troplast VVaG für die Rücklastschrift.

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Die Pensionskasse HT Troplast VVaG erhebt, verarbeitet und nutzt meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß Satzung. Eine Weitergabe an unberechtigte Dritte erfolgt nicht.

Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

* 1/160stel der Bezugsgröße West gemäß §1a Abs. 1 BetrAVG i.V.m. § 18 Abs. 1 SGB IV

** falls kein Datum vorgegeben wurde, gilt das Mandat ab Folgemonat des Posteingangsdatums bei der Pensionskasse

*** ist der Stichtag kein Bankarbeitstag, erfolgt die Abbuchung am darauffolgenden Bankarbeitstag