

Antrag auf Weiterversicherung im Zusatzversicherungstarif

zurück an:

oder per Fax: +49 2241/9953-3444

Pensionskasse HT Troplast VVaG
Kronenstraße 51
53840 Troisdorf

Name, Vorname:
Firma:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:

Herr nimmt hiermit das Recht wahr, die Zusatzversicherung im Rahmen der Weiterversicherung mit Mitgliedsbeiträgen in Höhe von jährlich mindestens 228,38 €* bis maximal 8 % der jeweils jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (2018 = 3.120 € steuer- und SV-frei, zuzüglich weiterer 4% in 2018 = 3.120 € steuerfrei/SV-pflichtig) fortzusetzen, also maximal 6.240 €.

Zahlungsmöglichkeiten: (Bitte nur eine ankreuzen!)

1. Wir, die Firma _____ überweisen 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 Herrn selbst bestimmt werden – in einer Spanne von 228,38 € bis 6.240 €. Erfolgt die Weiterversicherung über Ihren neuen Arbeitgeber aus Ihrer Brutto-Entgeltumwandlung, bitte im Verwendungszweck auch die Angabe „steuerfreie Entgeltumwandlung“.).
- Wir werden im Jahr 2018 spätestens bis zum 31.12. einen Betrag von mindestens 228,38 € bis maximal 6.240 € einzahlen.
2. Wir, die Firma _____ ermächtigen die **Pensionskasse HT Troplast VVaG** (Gläubiger-ID: DE 19 ZZZ 00000115154), ab dem _____ von dem 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 weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Pensionskasse HT Troplast VVaG auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers	
Name des Kreditinstituts	BIC-Code
IBAN	

Hinweis:

Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, können wir die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Falls unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Weist das Kreditinstitut die Lastschrift mangels Deckung zurück, so tragen wir die Kosten der Pensionskasse HT Troplast VVaG für die Rücklastschrift.

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Die Pensionskasse HT Troplast VVaG erhebt, verarbeitet und nutzt die personenbezogenen Daten unserer Mitarbeiters zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß Satzung. Eine Weitergabe an unberechtigte Dritte erfolgt nicht.
 Die Datenschutzbestimmungen haben unser Mitarbeiter und wir zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

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

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