

Antrag auf Weiterversicherung im Zusatzversicherungstarif aus privaten Mitteln

zurück an:

oder per Fax: +49 2241/9953-3444

oder per E-Mail: pensionskasse@ht-troplast.com

(Scan bzw. Foto des ausgefüllten Antrages)

Pensionskasse HT Troplast VVaG
Kronenstraße 51
53840 Troisdorf

Personalnummer:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Ich nehme hiermit das Recht wahr, die Zusatzversicherung im Rahmen der Weiterversicherung mit Mitgliedsbeiträgen in Höhe von jährlich mindestens 254,63 €* bis maximal 8 % der jeweils jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (2023 = 7.008 €) fortzusetzen. Ich bestimme die Beitragshöhe selbst.

Hinweis (bei Mitgliedschaft im Zusatzversicherungstarif A):

Beiträge bis zu 4 % der oben genannten Beitragsbemessungsgrenze (d. h. in 2023 = 3.504 €) zuzüglich weiterer 1.800 € fließen dabei in den Zusatzversicherungstarif A, der darüber hinausgehende Anteil in den Zusatzversicherungstarif C.

Zahlungsmöglichkeiten: (Bitte nur eine ankreuzen!)

- 1. Zahlung per Banküberweisung**
Ich überweise selbstständig einen Betrag von jährlich insgesamt _____ € auf das Konto der Pensionskasse HT Troplast VVaG
Kreditinstitut und
IBAN: **Wird Ihnen nach Antragseingang mit einem separaten Schreiben mitgeteilt.**
Verwendungszweck: *Personalnummer/ Nachname, Vorname / Weiterversicherung*
- monatlich vierteljährlich jährlich zum 30.06. jährlich zum 30.12.

- 2. Zahlung über Basis-Lastschriftmandat** (Antrag: bitte Rückseite ausfüllen)

Hinweis:

Sollten Sie Ihr Recht auf Weiterversicherung im Rahmen einer Brutto-Entgeltumwandlung über einen Arbeitgeber wünschen, wenden Sie sich bitte zur Abklärung an Ihren Arbeitgeber und fordern bei uns entsprechende Unterlagen und Antragsformulare an.

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

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Pensionskasse HT Troplast VVaG (Gläubiger-ID: DE 19 ZZZ 00000115154), ab dem _____(Beginndatum)** 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 Beitrag in Höhe von _____ € und/oder
- monatlich, jeweils zum drittletzten Bankarbeitstag*** einen Beitrag in Höhe von _____ €

einziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pensionskasse HT Troplast VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bankverbindung:

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.

Beitragsdynamik (optional)

- Ich beauftrage die Pensionskasse HT Troplast VVaG, den o.g. Beitrag jährlich zu erhöhen.****
 - Jährliche Beitragserhöhung um 3 %**
 - Jährliche Beitragserhöhung um 5 %**
 - Jährliche Beitragserhöhung um 10 %**

Durch die Anpassung erhöht sich meine monatliche Rentenanwartschaft und ich gleiche eine etwaige Inflation bzw. Kaufkraftverlust bis zum Rentenalter dadurch aus.

Vor der ersten Abbuchung des erhöhten Beitragrages erfolgt durch die Pensionskasse eine schriftliche Mitteilung über die neue Beitragshöhe (Vorankündigung / Pre-Notification).

Die Beitragsdynamik kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

** 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

**** maximal bis 8 % der jeweils gültigen jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung