

PENSIONSKASSE
Deutscher Genossenschaften VVaG
Willy-Brandt-Weg 25
48155 Münster

Vorvertragliche Informationen für
Pensionskassenanwärter bei Beginn
des Versicherungsverhältnisses bzw. vor
Beitritt zu dem Altersversorgungssystem
im Tarif uniFLEX der PENSIONSKASSE
Deutscher Genossenschaften VVaG ge-
mäß § 234 m und § 234 n Versicherungs-
aufsichtsgesetz (VAG) erhalten Sie auf
unserer Website unter www.penkadg.de/
arbeitnehmer.

Beitrittserklärung für den Tarif uniFLEX

Ich beantrage eine Neuaufnahme zum:

.....

Ich bin bereits Mitglied, meine Vertragsnummer ist:

.....

Name des Arbeitgebers:

Arbeitgebernummer:

.....

.....

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:

.....
Straße, Hausnr.:

.....
PLZ, Ort:

.....
Geburtsdatum:

.....
Geschlecht:

männlich

weiblich

.....
Geburtsname:

.....
Steueridentifikationsnummer:

.....
Telefonnummer:

.....
Sozialversicherungsnummer:

.....
E-Mail:

.....

Beantragung der Vorsorgebausteine

Ich beantrage die Versicherung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Tarifes uniFLEX und ich entscheide mich für folgende(n) Vorsorgebaustein(e):

- 1. Altersrente
(Anlage „Erklärung zum Gesundheitszustand“ NICHT erforderlich)
- 2. Altersrente und Erwerbsminderungsrente
(Anlage „Erklärung zum Gesundheitszustand“ erforderlich)
- 3. Altersrente und Hinterbliebenenrente
(Anlage „Erklärung zum Gesundheitszustand“ erforderlich)
- 4. Altersrente, Erwerbsminderungsrente und Hinterbliebenenrente
(Anlage „Erklärung zum Gesundheitszustand“ erforderlich)



Die geforderten Auskünfte habe ich in der Anlage zu diesem Antrag wahrheitsgemäß beantwortet.

- Die Erklärung zum Gesundheitszustand habe ich beigefügt.
- Die Erklärung zum Gesundheitszustand werde ich Ihnen direkt zusenden.

Leistungen an Hinterbliebene

- Familienangehörige**
(Ehegatte/in, eingetragene/-r Lebenspartner/in gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz und leistungsberechtigte Kinder)

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

.....
Vor- und Nachname:

.....
Geburtsdatum:

.....
Vor- und Nachname:

.....
Geburtsdatum:

.....
Vor- und Nachname:

.....
Geburtsdatum:

Leistungen an Hinterbliebene

- Lebensgefährte/in im gemeinsamen Haushalt**
(Hinweis: Ein Anspruch auf Lebensgefährtenrente besteht nur dann, wenn der Lebensgefährte mindestens 2 Jahre vor dem Ableben des Mitgliedes der Pensionskasse benannt wurde.)

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Da es sich hier um eine betriebliche Altersversorgung handelt, können laut Betriebsrentengesetz andere als die hier genannten Personen nicht benannt werden. Die Benennung der begünstigten Hinterbliebenen kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen oder geändert werden. Einzelheiten zur Hinterbliebenenrente sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs uniFLEX in § 6 geregelt.

Beiträge

Vertragsbeginn:	Jahresbeitrag (bei unterjähriger Anmeldung wird der Beitrag anteilig berechnet)
1. Arbeitgeberbeitrag (§ 3 Nr. 63 EStG)	€
2. Arbeitnehmerbeitrag aus Entgeltumwandlung (§ 3 Nr. 63 EStG)	€
3. Arbeitnehmerbeitrag aus Nettoentgelt	€
gesamt:	€

Ich erkläre meinen Beitritt zur PENSIONSKASSE Deutscher Genossenschaften VVaG. Die in der Satzung der PENSIONSKASSE und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes uniFLEX enthaltenen Bestimmungen erkenne ich an. (Hinweis: Die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen stehen Ihnen auf unserer Website www.penkadg.de zur Verfügung oder können Sie bei uns anfordern.)

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht wurden. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gemäß § 4 Nr. 5 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Ort, Datum

.....
Firmenstempel und rechtsverbindliche
Unterschrift des Arbeitgebers

Hinweise zum Datenschutz

Für die gesamte Laufzeit Ihres Vertrages (also auch bei Bezug der späteren Rentenleistungen) versichern wir, dass die von uns erhobenen Daten ausschließlich für die ordnungsgemäße Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages gespeichert und verarbeitet werden.

Ihre durch Vertragsunterzeichnung erteilte Einwilligung zu dieser Datenspeicherung/-verarbeitung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden.

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter:
www.penkadg.de/ubersicht/datenschutz

Abschließende Hinweise Nach der Überprüfung Ihrer Beitrittserklärung erhalten Sie von uns schriftlich Ihren Mitgliedsschein, inklusive weiterer Informationen. Die Beitragszahlung erfolgt über Ihren Arbeitgeber.