

Versorgungskasse
Deutscher Unternehmen VVaG
Zum Dänischen Wohld 1–3
24159 Kiel

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft/Änderungsantrag

Nachname

Vorname

Vertragsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte ab dem

TT	MM	JJJJ
----	----	------

freiwilliges Mitglied der Versorgungskasse Deutscher Unternehmen VVaG werden und monatlich

€ freiwillige Beiträge zahlen (Bitte beachten Sie die Begrenzung in den für Ihren Tarif gültigen AVB).

Mir ist bewusst, dass eine Abfindung, Beitragsersatzung oder Übertragung auf einen anderen Versorgungsträger dann nicht mehr möglich ist und Anwartschaften aus freiwilligen Beiträgen nach dem Ausscheiden aus dem Mitgliedsunternehmen weder der Haftung des Arbeitgebers noch der Insolvenzversicherung durch den Pensions-Sicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) unterliegen.

Die Fortführung des Vertrages zu den bestehenden Konditionen ist mit den o. g. Beiträgen nur innerhalb von 24 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Mitgliedsunternehmen möglich (gemäß § 4 Nr. 1 unserer Satzung).

Der Antrag auf eine freiwillige Mitgliedschaft kann auch nach Ablauf der 24 Monate gestellt werden. Für die Umwandlung der Beiträge kann dann jedoch nur der für das aktuelle Neugeschäft geöffnete Tarif angeboten werden. Über den Antrag entscheidet der Vorstand (gemäß § 4 Nr. 3 der Satzung der Versorgungskasse).

Soweit auf meinen Vertrag im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft drei Monate keine Beitragszahlungen eingehen, ruht die Mitgliedschaft gemäß § 3 der Satzung.

Sollten Sie sich für die Riester-Förderung gemäß § 10 a/Abschnitt XI EstG interessieren, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf. Wir beraten und informieren Sie gerne.

Ort, Datum

Unterschrift

Seite 1 / 2

**Bitte erteilen Sie uns das folgende erforderliche SEPA-Lastschriftmandat.
Vielen Dank.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 81SP V000 0024 7898

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Versorgungskasse Deutscher Unternehmen VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versorgungskasse Deutscher Unternehmen VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut (Name)

Ort, Datum

Unterschrift