

An den
Vorstand der
Philips Pensionskasse (VVaG)
Versicherungsbereich
Röntgenstraße 24 - 26
22335 Hamburg

ÄNDERUNGSANTRAG

gemäß Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen
der Philips Pensionskasse (VVaG)

Vertragsnummer

(wird von der Pensionskasse ausgefüllt)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dieser Abschnitt wird von der Personalabteilung ausgefüllt

Arbeitgeber

Personalnummer

Sozialversicherungsnummer

Antragsteller Frau Herr

Titel, vollständiger Vor- und Nachname des Antragstellers

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

Zusätzliche Adressangaben

Telefon tagsüber

E-Mail

Aktuelles Bruttomonatsgehalt

≤ 500 € > 500 aber ≤ 1.000 € > 1.000 aber ≤ 2.000 € > 2.000 €

Hinweis: Die Angabe des etwaigen Bruttomonatsgehalts ist bei Erhöhung der lfd. Beitragszahlung / Antrag auf Einmalbeitrag nötig, damit die Kasse die Einhaltung des Maximalbetrages der aus der Versicherung resultierenden Altersrente gemäß § 1 Nr. 2 AVB prüfen kann.

Verheiratet ja nein

Datum der Eheschließung

Titel, Vor- und Nachname des Ehepartners

Geburtsdatum des Ehepartners

Änderung der monatlichen Beitragszahlung (Erhöhungen und Einmalzahlungen nur Tarif 2008/Z möglich)

Ich beantrage die Änderung des bestehenden Vertrages zum 01. _____

Vom Arbeitnehmer auszufüllen**Arbeitnehmer-Eigenbeitrag**

bisher Tarif 2008	€
neu Tarif 2008	€
bisher Tarif 2002/Z	€
neu Tarif 2002/Z	€
bisher Tarif 1985	€
neu Tarif 1985	€
Eigenbeitrag (Summe alle Tarife)	€

Von der Personalabteilung auszufüllen**Arbeitgeber-Zuschuss**

bisher T 2008	€
neu T 2008	€
T 2002/Z	€
T 1985	€
AG-Beitrag (Summe alle Tarife)	€

Monatlicher Gesamtbeitrag

bisher T 2008	€
neu T 2008	€
T 2002/Z	€
neu T 2002/Z	€
T 1985	€
neu Tarif 1985	€
Gesamtbeitrag (Summe alle Tarife)	€

Hinweis: Angaben zu den Tarifen 1985 und 2002/Z sind nur nötig, falls Sie in diesen Tarifen ebenfalls versichert sind. Hier sind lediglich Beitragsreduzierungen möglich.

Beendigung Tarif 2008 Z bzw. Tarif 2002 Z, d. h. Entfall erhöhte Invaliditäts- und Hinterbliebenenabsicherung (Zusatzabsicherung).

Ich beantrage die Beendigung des bestehenden Vertrages (§ 3 Nr. 1 AVB Tarif 2008 Z) zum 01. _____.

Ich möchte nur die Zusatzabsicherung (und damit den Zusatzbeitrag i. H. von 7,5 % des Monatsgrundbeitrags) beenden, aber weiterhin die bisher versicherten Monatsgrundbeiträge leisten. Daher beantrage ich die Aufnahme in den Tarif 2008 Grundversorgung.

Einmalbeitrag nach § 2 Nr. 4 AVB Tarif 2008

Ich beantrage die zusätzliche Entrichtung eines Einmalbeitrages

in Höhe von _____ zum 01. _____

Erklärung zur steuerlichen Behandlung der Beiträge / Entgeltumwandlung**Der Arbeitnehmer-Eigenbeitrag oder ein Teil davon soll**

- steuer- und sozialabgabenfrei in die Pensionskasse eingebracht werden (innerhalb der gesetzlichen Grenzen nach § 3 Nr. 63 EStG).
- aus meinem individuell versteuerten Nettoeinkommen in die Pensionskasse eingebracht und für eine nach § 10 a EStG geförderte Rente (Riester-Rente) verwendet werden.

Wichtiger Hinweis: Wie die Beiträge steuerlich abgerechnet werden sollen, ist mit Ihrer zuständigen Personalabteilung zu regeln. Hierzu ist die diesem Antrag beigefügte Vereinbarung auf Entgeltumwandlung mit Ihrem Arbeitgeber zu treffen und zusammen mit diesem Antrag bei Ihrer Personalabteilung einzureichen.

Datenschutzinformation: Aus abrechnungstechnischen- und Verfahrens-Gründen und in Übereinstimmung mit dem BDSG werden die versicherungsvertraglich relevanten Daten und gegebenenfalls deren Änderungen von meinem Arbeitgeber an die Philips Pensionskasse (VVaG) übermittelt und nach Übermittlung elektronisch verarbeitet.

Die übrigen vom Vorstand der Philips Pensionskasse (VVaG) geforderten Auskünfte, insbesondere hinsichtlich meines Gesundheitszustandes, habe ich in der Anlage zu diesem Aufnahme-Antrag wahrheitsgemäß beantwortet. – Der beiliegende Umschlag enthält diese Erklärung.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gem. § 5 Nr. 2 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

Ich halte mich an diesen Antrag 6 Wochen vom Tage der ärztlichen Untersuchung ab – falls eine solche nicht stattfindet, vom Tage der Antragstellung ab – gebunden.

Ich verpflichte mich, für den Fall meiner Invalidität mich durch einen von der Philips Pensionskasse zu bezeichnenden Arzt einer Untersuchung zu unterziehen. Des Weiteren ermächtige ich die Philips Pensionskasse (VVaG), im Falle meines Todes den Arzt, der die Todesursache festgestellt hat, über die Todesursache zu befragen. Ich entbinde diejenigen Stellen, die gemäß dieser Erklärung von der Philips Pensionskasse befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Maßgebend für meinen Antrag sind die Satzung der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg, sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich vor Abschluss der Versicherung erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Nachname in DRUCKSCHRIFT

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter*)

* Hinweis für Vertragsabschlüsse mit Minderjährigen: Als gesetzliche Vertreter weisen wir Sie darauf hin, dass Versicherungsverträge mit Minderjährigen schwebend unwirksam sind, falls sie nicht (vor Eintritt der Volljährigkeit) vormundschaftsgerichtlich genehmigt wurden. Die Einholung einer derartigen Genehmigung steht in Ihrem Ermessen, ist jedoch nicht zwingend erforderlich, da wir unser Mitglied nach Eintritt der Volljährigkeit zur Genehmigung dieses Vertrages auffordern werden.

Einverständnis des Unternehmens / Arbeitgebers, Stempel und Unterschrift

AUSKÜNFTE ÜBER GESUNDHEITZUSTAND

Nur im Falle einer Beitragserhöhung oder Einmalzahlung auszufüllen

Diese Anlage kann vom Antrag getrennt und in einem verschlossenen Umschlag von Ihnen direkt an den Vorstand der Philips Pensionskasse, Röntgenstraße 24 – 26, 22335 Hamburg, geschickt werden.

Ich gebe folgende Auskünfte über meinen Gesundheitszustand

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vollständiger Vor- und Nachname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. Details angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie Anlagen bitte unterschrieben bei.

1. Besteht eine Einschränkung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit (auch Wehrdienstbeschädigung)? ja nein

Welche Art:

2. Haben Sie in den letzten drei Jahren an irgendwelchen Krankheiten gelitten, die ein Arbeitsversäumnis von mehr als sechs Wochen zur Folge hatten? ja nein

Über welchen Zeitraum und aus welchem Grund:

3. Leiden Sie an chronischen (dauerhaften) Erkrankungen? ja nein

An welchen?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Name, Dosis, Einnahmegrund

5. Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, einer psychiatrischen Anstalt oder einer Heilstätte / Kuranstalt stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? ja nein

Wann und in welcher Art?

6. Wurden in den letzten 10 Jahren Operationen durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? ja nein

Wann und welche Art der Operation:

Welche Folgen haben sich daraus ergeben bzw. folgenlos ausgeheilt?

Zu 1. – 6. Von welchen Ärzten/Krankenhäusern sind Sie behandelt worden (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift)?

Ich entbinde die oben aufgeführten Ärzte sowie andere Ärzte, die als behandelnde Ärzte oder Gutachter meinen Gesundheitszustand beurteilen können und die die Philips Pensionskasse um Unterlagen und Auskünfte ersucht, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes im Hinblick auf das bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung bestehende Versicherungsrisiko für notwendig erachtet werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Invalidität ist die Rentenversicherung ermächtigt, der Philips Pensionskasse Einsicht in die Rentenakte zu gewähren, wenn die Philips Pensionskasse es zur Nachprüfung der Richtigkeit nach Vollständigkeit der obigen Angaben und der erteilten Auskünfte für notwendig erachtet.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gemäß § 5, Nr. 2 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (mit Vor- und Nachname),
bei Minderjährigen eines gesetzlichen Vertreters

ANTRAG AUF ENTGELTUMWANDLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES ZUR PHILIPS PENSIONSKASSE (PPK)

Betrieb	Standort
Name, Vorname	Personal-Nr.

Hiermit beantrage ich die Entgeltumwandlung meines Gesamtbeitrages zur Philips Pensionskasse zum 01. _____ bzw. zum nächstmöglichen Abrechnungsmonat.

Eigenbeitrag
 Arbeitgeberzuschuss
 Gesamtbeitrag
 Einmalbeitrag

Mein tariflicher Anspruch auf altersvorsorgewirksame Leistungen (AVWL) soll zur Zahlung der monatlichen Beiträge an die Philips Pensionskasse verwendet werden und ist in meinem o. a. Eigenbeitrag enthalten.

Ich habe eine Direktversicherung, deren Beiträge nach § 40 b EStG (max. 1.752,00 €) pauschal versteuert werden.

Meine Mitgliedschaft in der PPK hat vor dem 01.01.2005 begonnen (Erstvertragsabschluss).
 (Alt-Vertrag – mindestens eine der beiden vorstehenden Fragen ist angekreuzt – Pauschalsteuer [max. 1.752,00 €] folgt Steuerfreiheit)
 (Neu-Vertrag – keine der beiden vorstehenden Fragen ist angekreuzt – Zusatz-Steuerfrei [max. 1.800,00 €] folgt Steuerfreiheit)

Die Entgeltumwandlung meines Eigenbeitrages soll nach folgenden Regeln durchgeführt werden:

_____ € steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 (4 % der jeweiligen RV-Beitragsbemessungsgrenze) steuer- und sozialabgabenfreie Einzahlung
 _____ € steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 – ohne Pauschalversteuerung (Verwendung f. Direktversicherung)
 _____ € aus meinem Netto (individualversteuert)
 _____ € aus meinem Netto zu Gunsten meines PPK-Riestervertrages
 _____ € Beitrag Zusatzversorgung Tarif 2008 – steuerliche Förderung § 3 Nr. 63

Diese Erklärung gilt unwiderruflich bis zum Jahresende. Sie verlängert sich jeweils für das Folgejahr, sofern nicht ein ausdrücklicher Widerruf bis spätestens 31.12. eines Jahres erfolgt.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Datum, Stempel des Unternehmens, Unterschrift

VOM UNTERNEHMEN AUSZUFÜLLEN

Infotyp 0699 AVMG

Vertragsmodelle: PKA (lfd.) / PKN (lfd.) / PKH (einmal)

Alt	Neu	Einmal	Vertrag				Beitrag
PKA	PKN	PKH	Vertragsmodelle			monatlich / einmalig	
Baustein			Art der Versteuerung				
PKL1	PKL1	PKE1	SPI	Steuerfrei	- Pauschalsteuer	- Individualsteuer	
PKL2	PKL2	PKL2	SI	Steuerfrei		- Individualsteuer	
PKL4	PKL4	PKE4	I	Individualsteuer			
PKL5	PKL5	PKE5	I-R	Individualsteuer		- Riestervertrag	
PKL6	PKL6	PKE6	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer	
AGZA	AGZA	AGZA	SPI	Steuerfrei	- Pauschalsteuer	- Individualsteuer AG-Beitrag	
AGZN	AGZN	AGZN	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer AG-Beitrag	
PKL8 *	PKL8	PKL8	SPI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer	
PKL9	PKL9 *	PKL9	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer	
AVWL	AVWL	AVWE	AVWL	AVWL	- AG-Zuschuss steuerpflichtig		

➔ Einmalzahlung, die in der Regel aus Einmalbezügen geleistet wird

➔ Alle Zahlungen aus laufendem Entgelt

* PKL8 und PKL9 = unveränderbare Beiträge zu erhöhter Invaliditätsversicherung im Tarif 2008 Z (7,5 % vom Erstversicherungsbeitrag Tarif 2008 Z)

- Der Arbeitgeberzuschuss (AGZA / AGZN) wird immer (wenn möglich) steuerfrei gestellt, ansonsten Steuern zu Lasten des Mitgliedes
 - Zusatz-Steuerfrei = zusätzlicher Freibetrag (max. 1.800,00 €) über die Steuerfreiheit des § 3 Nr. 63 EStG - keine SV-Freiheit
 - Pauschalsteuer = Pauschalversteuerung gemäß § 40 b EStG - nur bei Einmalzahlungen SV-Freiheit
 - Zusatzversorgung Tarif 2008 - Beitrag zur Invaliditätsversicherung - 7,5 % vom Grundbeitrag Tarif 2008 (nur bei Erstversicherung möglich)
 Dieser Tarifbestandteil ist nicht änderbar, sondern nur abwählbar!
 - altersvorsorgewirksame Leistung - diese Leistung wird gemäß Tarifvertrag erbracht. Eintrag immer auf Basis Vollzeit - Teilzeit- und Fehlzeitenkürzung wird automatisch vorgenommen

bearbeitet am: _____

Handzeichen: _____