

An den  
Vorstand der  
Philips Pensionskasse (VVG)  
Versicherungsbereich  
Röntgenstraße 24 – 26  
22335 Hamburg

**DATUM ENDE ARBEITSVERHÄLTNIS**

(bitte unbedingt angeben)

T	T	M	M	J	J	J	J

## ERKLÄRUNG NACH ENDE ARBEITSVERHÄLTNIS

gemäß Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Philips Pensionskasse (VVG)

**Erklärendes Mitglied**

Vertrags-Nr.

Titel, vollständiger Vor- und Nachname des Antragstellers

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

Zusätzliche Adressangaben

Telefon tagsüber

E-Mail

**Mitteilung des Unternehmens an ausscheidende Arbeitnehmer, die Mitglied in der Philips Pensionskasse (VVG) sind**

Der unverfallbare Anspruch im Sinne des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (§ 2 Absatz 3 Betr. AVG) entspricht bei der Philips Pensionskasse der aufgrund des Geschäftsplanes zu erbringenden Leistung. Nachfolgend setzen wir Sie darüber in Kenntnis, welche Möglichkeiten die Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Fall des Ausscheidens aus dem Unternehmen vorsehen und bitten Sie, eine entsprechende Erklärung abzugeben.

**Möglichkeiten der Gestaltung des Versicherungsverhältnisses bei der Philips Pensionskasse (VVG) – Zutreffendes bitte ankreuzen –****A. Tarif 2008 und 2008 Z**

Ich beantrage die Fortsetzung meiner Versicherung im Lastschriftverfahren mit:

den zuletzt von mir gezahlten Beitrag zuzüglich des Unternehmensbeitrages

nur den zuletzt von mir gezahlten Beitrag

einen monatlichen Beitrag von € \_\_\_\_\_ (Betrag durch 10 teilbar).

Bisherige Beiträge für die staatliche Förderung nach § 10 a EStG werden in gleicher Höhe, bzw. mit dem hier angegebenen reduzierten Betrag fortgesetzt.  
(Wahlmöglichkeit ist im Tarif 2008 Z nicht möglich).

Ich beantrage die Umwandlung meiner Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen

**Hinweis:** Ein Mitglied muss sich im Tarif 2008/2008 Z innerhalb eines Monats nach Erhalt des Erklärungsformulars (welches es bei / nach Austritt aus dem Unternehmen erhält) für eine der genannten Wahlmöglichkeiten entscheiden.

**B. Tarif 2002 / 2002 Z sowie Tarif 1985**

- Ich beantrage die Fortsetzung meiner Versicherung im Lastschriftverfahren mit:
- den zuletzt von mir gezahlten Beitrag zuzüglich des Unternehmensbeitrages (zzgl. Verwaltungskosten im Tarif 1985)
  - nur den zuletzt von mir gezahlten Beitrag (zzgl. Verwaltungskosten im Tarif 1985)
  - einen monatlichen Beitrag von € \_\_\_\_\_ (durch 10 teilbar und maximal in Höhe des versicherten Gesamtbeitrages).  
Bisherige Beiträge für die staatliche Förderung nach § 10 a EStG werden in gleicher Höhe, bzw. mit dem hier angegebenen reduzierten Betrag fortgesetzt.  
(Wahlmöglichkeit nur für den Tarif 2002 / 2002 Z möglich).
- Ich beantrage die Umwandlung meiner Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen  
(§ 3 Nr. 1 AVB T2002 / 2002Z bzw. § 18 Nr. 1, Absatz b AVB 1985)

**Hinweis:** Das Mitglied muss sich in den Tarifen 2002 / Z und 1985 innerhalb von 3 Monaten seit dem Ausscheiden aus dem Unternehmen  
(bzw. bei nachgewiesener Arbeitslosigkeit innerhalb von 12 Monaten) für eine der genannten Wahlmöglichkeiten entscheiden.

Ort, Datum

**Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers**  
(bei Minderjährigen des/r gesetzlichen Vertreter/s)



An den  
Vorstand der  
Philips Pensionskasse (VVG)  
Versicherungsbereich  
Röntgenstraße 24 – 26  
22335 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
**DE37PPK00000327842**

**Mandatsreferenz**  
(wird von der Pensionskasse ausgefüllt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

(wiederkehrende Zahlungen) für SEPA-Basislastschriften

Ich / Wir ermächtige(n) die Philips Pensionskasse (VVG), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Philips Pensionskasse (VVG) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich / Wir kann / können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Mitglieds

Vertrags-Nr.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers (wenn abweichend vom Mitglied)

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

E-Mail (freiwillig)

**Bei Änderung der Bankdaten:**  
**Datum der Änderung**

Kreditinstitut (Name)

T T M M J J J J

D E  
IBAN

D E

Ort, Datum

**Unterschrift des Kontoinhabers** (wenn abweichend vom Mitglied)

Ort, Datum

**Unterschrift des Mitglieds**

## AUSKÜNFTE ÜBER GESUNDHEITZUSTAND

### Nur im Falle einer Beitragserhöhung 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

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