Bitte die Unterlagen nicht geheftet, nicht geklammert oder gelocht einreichen!

PHILIPS PENSIONSKASSE

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

Vorvertragliche Informationen für Pensionskassenanwärter bei Beginn des Versicherungsverhältnisses bzw. vor Beitritt zu dem Altersversorgungssystem im Tarif 2021 der Philips Pensionskasse (VVaG) gemäß § 234 m und § 234 n Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.philips-pk.de/fuer-mitglieder oder über den QR-Code:

Vertrags-Nr.
(wird von der Pensionskasse ausgefüllt)

AUFNAHME-ANTRAG

gemäß Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Philips Pensionskasse (VVaG)

Dieser Abschnitt wird von der Personalabteilung ausgefüllt

Arbeitgeber

Personalnummer | Sozialversicherungsnummer | Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) 11stellig

Antragsteller

☐ **Frau** ☐ **Herr**

Titel, vollständiger Vor- und Nachname des Antragstellers | Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. | Staatsangehörigkeit

PLZ | Ort | Land (kein Bundesland)

Zusätzliche Adressangaben | Telefon tagsüber

E-Mail

Bruttogehalt ☐ ≤ € 1.000/Monat ☐ € 1.000 aber ≤ € 2.000/Monat ☐ > € 2.000/Monat

Hinweis: Die Angabe des etwaigen Bruttomonatsgehalts ist nötig, damit die Kasse die Einhaltung des Maximalbetrages der aus der Versicherung resultierenden Altersrente gemäß § 1 Nr. 2 AVB T 2021 prüfen kann.

Verheiratet ☐ ja ☐ nein

Datum der Eheschließung

Titel, vollständiger Vor- und Nachname des Ehepartners | Geburtsdatum des Ehepartners

Erklärung zur Mitgliedschaft

☐ Ich bin noch nicht Mitglied in der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg, und beantrage meine Aufnahme.

☐ Ich bin bereits Mitglied in der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg.

Erklärung zur Art der Versicherung

Die Versicherung soll beginnen am: 01. _____ (Datum der Zahlung des ersten Monatsbeitrages bzw. des Einmalbeitrages).

Ich beantrage die Neuaufnahme in den Tarif 2021 nach den AVB 2021

☐ mit Zahlung laufender, monatlicher Beiträge (§ 1 Nr. 1).

☐ mit Zahlung eines Einmalbeitrages (§ 2 Nr. 4 und 6).

Monatlicher Beitrag T 2021	**(in Euro)**
Arbeitnehmer-Eigenbeitrag [1]	
Arbeitgeber-Zuschuss [2]	
Summe Monatsbeitrag [2]	

Evtl. Einmalbeitrag T 2021	**(in Euro)**
Arbeitnehmer-Einmalbeitrag [1]	

1) vom Arbeitnehmer auszufüllen
2) von der Personalabteilung auszufüllen

Steuerliche Behandlung der Beiträge

☐ Entgeltumwandlung (steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 EStG)

☐ Der Arbeitnehmer-Eigenbeitrag soll aus meinem individuell versteuerten Nettoeinkommen in die Pensionskasse eingebracht und für eine nach § 10 a EStG geförderte Rente (Riester-Rente) verwendet werden.

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.

Wichtige Informationen

Die vom Vorstand der Philips Pensionskasse (VVaG) geforderten Auskünfte, insbesondere hinsichtlich meines Gesundheitszustandes, habe ich in der Anlage zu diesem Aufnahme-Antrag wahrheitsgemäß beantwortet.

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 Umfange 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, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Datenschutzerklärungen auf unserer Website (www.philips-pk.de) habe ich vor Abschluss der Versicherung erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch stellen wir diese in Papierform zur Verfügung.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Nachname in DRUCKSCHRIFT	**Eigenhändige** Unterschrift des/r Antragstellers/in (bei Minderjährigen des/r gesetzlichen Vertreter/s) *)

*) Hinweis für Vertragsabschlüsse bei 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 Einritt der Volljährigkeit zur Genehmigung dieses Vertrages auffordern werden.

_____

Einverständnis des Unternehmens / Arbeitgebers, Stempel und Unterschrift

Philips Pensionskasse (VVaG), Röntgenstr. 24 - 26, 22335 Hamburg
Telefon +49 40 300 387-100 // Fax +49 40 300 387-050 // Mail: info@philips-pk.de // Internet: www.philips-pk.de

AUSKÜNFTE ÜBER GESUNDHEITSZUSTAND

Diese Anlage kann vom Antrag getrennt und in einem verschlossenen Umschlag von Ihnen direkt an den Vorstand der Philips Pensionskasse, Röntgenstr. 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 Sie in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, einer psychatrischen 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 eine solche beabsichtigt oder angeraten? ☐ ja ☐ nein

Wann und welche Art der Operation:

Welche Folgen haben sich daraus ergeben bzw. folgenlos ausgeheilt?

Zu 1. bis 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 der gesetzliche Rentenversicherungsträger ermächtigt, der Philips Pensionskasse Einsicht in die Versichertenakte 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/r Antragstellers/in (mit Vor- und Nachname)
bei Minderjährigen eines gesetzlichen Vertreters

ANTRAG AUF ENTGELTUMWANDLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES ZUR PHILIPS PENSIONSKASSE (PPK)

Name des Arbeitgebers

Standort

Name, Vorname

Personalnummer

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

☐ € Eigenbeitrag

€ Arbeitgeberzuschuss*

€ Gesamtbeitrag

☐ € Einmalbeitrag

* Sofern der Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss nach dem gewünschten Beginn liegt, erkläre ich mich damit einverstanden, den Gesamtbeitrag komplett zu tragen.

☐ 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 pauschal versteuert werden.

☐ Meine Mitgliedschaft in der Pensionskasse hat vor dem 01.01.2005 begonnen (Erstvertragsabschluss).

Die Entgeltumwandlung meines Beitrages soll nach folgenden Regeln durchgeführt werden:

☐ € steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 EStG (8 % der jeweiligen RV-Beitragsbemessungsgrenze steuerfrei, davon 4 % der jeweiligen RV-Beitragsbemessungsgrenze steuer- und sozialabgabenfrei

☐ € steuerliche Förderung § 40 b EStG (Pauschalversteuerung nur für bereits nach § 40 b EStG geförderte Verträge möglich

☐ € steuerliche Förderung nach § 10 a EStG

☐ € aus meinem Netto (individualversteuert)

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

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des/r Antragstellers/in

Datum, Stempel des Unternehmens, Unterschrift

VOM UNTERNEHMEN AUSZUFÜLLEN

Infotyp 0699 AVMG

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

Alt	Neu	Einmal	Vertrag		
PKA	PKN	PKH	Vertragsmodelle		Beitrag
Baustein			Art der Versteuerung		monatlich/einmalig
PKL1	X	PKE1	SPI	Steuer-SV-frei (4 %) - Pauschalsteuer - Steuerfrei (weitere 4 %) - Individualsteuer	€
PKL2	PKL2	X	SI	Steuer-SV-frei (4 %) - Individualsteuer	€
PKL4	PKL4	PKE4	I	Individualsteuer	€
PKL5	PKL5	PKE5	I-R	Individualsteuer - Riestervertrag	€
PKL6	PKE6	X	SZI	Steuer-SV-frei (4 %) - Steuerfrei (weitere 4 %) - Individualsteuer	€
AGZA	X	X	SPI	Steuer-SV-frei (4 %) - Pauschalsteuer - Steuerfrei (weitere 4 %) - Individualsteuer AG-Beitrag	€
AGZN	X	X	SZI	Steuer-SV-frei (4 %) - Steuerfrei (weitere 4 %) - Individualsteuer AG-Beitrag	€
AVWL	AVWL	AVWE	X	AVWL - Steuer-SV-frei (4 %) - Steuerfrei (weitere 4 %) - Individualsteuer AG-Beitrag	€

→ **Einmalzahlung, die in der Regel aus Einmalbezügen geleistet wird**

→ **Alle Zahlungen aus laufendem Entgelt**

- Der Arbeitgeberzuschuss (AGZA/AGZN) wird immer (wenn möglich) steuer- und beitragsfrei gestellt, ansonsten Steuern und SV zu Lasten des Mitgliedes
- Pauschalsteuer = Pauschalversteuerung gemäß § 40 b EStG – nur bei Einmalzahlungen SV-Freiheit
- Altersvorsorgewirksame Leistung – diese Leistung wird gemäß Tarifvertrag erbracht. Eintrag immer auf Basis Vollzeit – Teilzeit- und Fehlzeitenkürzung wird automatisch vorgenommen

bearbeitet am: _____

Handzeichen: _____

Philips Pensionskasse (VVaG), Röntgenstr. 24 - 26, 22335 Hamburg
Telefon +49 40 300 387-100 // Fax +49 40 300 387-050 // Mail: info@philips-pk.de // Internet: www.philips-pk.de