



Pensionskasse der
Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20
80336 München

Arbeitgeber _____

Arbeitgeber-Nr. _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Versicherte/r Mann Frau

Name / Vorname: _____

Geboren am: _____

Änderungsanzeige zu Vertragsnummer _____ A ____

Kapitalwahlrecht

Als Ablaufleistung wird eine Kapitalabfindung zum _____ (Datum) beantragt.

Bitte beachten Sie:

Der Antrag auf Kapitalwahlrecht (Rentenabfindung) muss mindestens **drei Jahre** vor Inanspruchnahme der Leistung gestellt werden, vgl. Artikel 9 d) der Versicherungsbedingungen. Frühestmöglicher Leistungszeitpunkt ist das vollendete 60. Lebensjahr. Es gilt der bis zu diesem Zeitpunkt zuletzt gestellte, fristgerecht bei der Pensionskasse eingegangene Antrag. Geht der Pensionskasse kein frist- und formgerechter Antrag über die Ausübung des Kapitalwahlrechts zu, gilt als Ablaufleistung eine Rentenzahlung vereinbart. Bitte beachten Sie, dass gemäß § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) in Verbindung mit Artikel 9 c) der Versicherungsbedingungen für die Tarife AVmG und AVmG2 eine Vererbbarkeit des Kapitals und des Kapitalwahlrechts ausgeschlossen ist.

Wichtig: Sofern das Kapitalwahlrecht ausgeübt wurde, ist es nicht mehr möglich die Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG steuerbefreit einzuzahlen.

Rücknahme des bestätigten Antrages auf Kapitalwahlrecht

Kontoverbindung

	Arbeitgeber	Arbeitnehmer/in
Kreditinstitut		
Konto-Nr.		
Bankleitzahl		

Ehe-/Lebenspartner

eheliche bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft gemäß §§ 1 ff Lebenspartnerschaftsgesetz

nichteheliche Lebenspartnerschaft

Name _____

Vorname _____

Bei einer nichtehelichen Lebenspartnerschaft unbedingt angeben:

Gemeinsamer Wohnsitz seit: _____ (Datum)



Beitrag

Geänderte Beitragsdynamik *	Geänderter Beitrag *
(jährlich zum Januar)	€ _____
<input type="checkbox"/> ohne Dynamik	
<input type="checkbox"/> dynamisch mit _____ %	
<input type="checkbox"/> laufende Anpassung an 4% der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der Deutschen Rentenversicherung	

Geänderte Beitragszahlweise	Geänderte Beitragsanteil
<input type="checkbox"/> monatlich	Arbeitgeber: _____ %
<input type="checkbox"/> halbjährlich	
<input type="checkbox"/> vierteljährlich	Arbeitnehmer/in: _____ %
<input type="checkbox"/> jährlich	

* Bitte füllen Sie bei Änderungen die zu einer Erhöhung der Beiträge führen zusätzlich die folgenden Angaben aus.

Die Änderungen gelten ab dem: **01.** _____ (Datum)

Ort, Datum

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift der versicherten Person

Die Pensionskasse verzichtet für den Tarif AVmG2 in folgenden Fällen auf die Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand: Sofern Sie

- Barlohn in Versorgungslohn umwandeln (Entgeltumwandlung), bis zu einem Beitrag von max. 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung p.a.
- vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersversorgung erhalten, bis zu einem Beitrag von max. 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung p.a.
- oder auf vermögenswirksame Leistungen (VL) zu Gunsten betrieblicher Altersversorgung verzichten, bis zur jährlich max. möglichen Höhe der VL

und soweit jeweils belegt werden kann, dass für alle Beschäftigten eines Arbeitgebers ein nachgewiesener Beschluss besteht, dass die betriebliche Altersversorgung ausschließlich über die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG möglich ist und sich jeweils innerhalb der unter a), b) und / oder c) genannten Beitragshöchstgrenzen bewegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Sollte ein solcher Beschluss nicht vorliegen, verzichtet die Pensionskasse ebenfalls auf die Angaben zum Gesundheitszustand, wenn bestätigt wird, dass sich am Gesundheitszustand der bereits versicherten Person nichts geändert hat.

- Die versicherte Person erklärt nach bestem Wissen und Gewissen, dass seit den zuletzt eingereichten Angaben zum Gesundheitszustand keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bekannt geworden oder eingetreten ist.

Bitte beachten Sie, dass die Pensionskasse gemäß § 19 Abs. 2 - 4 des Versicherungsvertragsgesetzes bei Falschauskünften vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Liegt weder ein gültiger Ausschließlichkeitsbeschluss noch ein aktuell gültiges Gesundheitszeugnis vor, bitten wir Sie den Vordruck Gesundheitsfragen auszufüllen.

Das Formular dazu finden Sie im Downloadbereich unserer Homepage unter: **www.pensionskasse.coop**