

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Antrag auf Übertragung der Deckungsmittel der PKDW auf einen neuen Versorgungsträger

Hinweis an den Arbeitnehmer:

Die Übertragung der Deckungsmittel kann nur in Verbindung mit einem Arbeitgeberwechsel und an einen Versorgungsträger im versicherungsförmigen Durchführungsweg (Pensionskasse, Pensionsfonds, Direktversicherung) stattfinden. Bitte füllen Sie diesen Antrag, soweit es Ihnen möglich ist, vollständig aus, unterschreiben ihn zunächst und lassen ihn anschließend von Ihrem neuen und ehemaligen Arbeitgeber unterschreiben. Senden Sie den Antrag bitte an den neuen Versorgungsträger und schicken uns, sobald Sie dessen Unterschrift und Ergänzungen erhalten haben, den vollständigen Antrag zusammen mit Ihrem Original-Versicherungsschein.

Antragsteller

Name, Vorname

Geburtsdatum

Neuer Arbeitgeber

PKDW-Mitgliedsnummer

E-Mail für Rückfragen (Angabe freiwillig)

Ich beantrage hiermit gemäß § 4 BetrAVG die Übertragung der bestehenden Versorgungszusage bei der Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft (PKDW) und bestätige, dass die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

Versorgungsträger

Name des neuen Versorgungsträgers

Anschrift des neuen Versorgungsträgers

Postleitzahl, Ort

Bankverbindung

Verwendungszweck

Ansprechpartner, Telefonnummer

Die das Versicherungsverhältnis betreffenden personenbezogenen Daten werden gemäß den Anforderungen der DS-GVO und des BDSG-neu verarbeitet im Sinne des Art. 4 Ziff. 2 DS-GVO.

Datum, Unterschrift des Antragstellers
(bei Minderjährigen: zusätzlich Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung)

Dem Antragsteller wird bei Einzahlung der Deckungsmittel der PKDW eine wertgleiche Zusage nach Maßgabe der geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des neuen Versorgungsträgers erteilt.

Datum, Unterschrift und Stempel des
neuen Versorgungsträgers

Datum, Unterschrift und Stempel des
neuen Arbeitgebers

Datum, Unterschrift und Stempel des
bisherigen Arbeitgebers