

Änderungsanzeige

Tarif bAVFlex

Seite 1 von 1



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

Vertrags-Nr. _____
Arbeitgeber/Nr. _____
Name/Vorname _____
Geschlecht m w d
Straße _____
PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Mitglieds-Nr.¹ _____
Identifikations-Nr. _____
E-Mail Adresse* _____
Telefonnummer* _____

Tarifoption Aufteilung

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> safe | Fondsanteil 0 %, 100 % Anteil Basisversorgung |
| <input type="checkbox"/> soft | Fondsanteil 15 %, 85 % Anteil Basisversorgung |
| <input type="checkbox"/> medium | Fondsanteil 25 %, 75 % Anteil Basisversorgung |
| <input type="checkbox"/> power | Fondsanteil 40 %, 60 % Anteil Basisversorgung |

Ab Vollendung des 56. Lebensjahres kann für Neuabschlüsse ausschließlich die Tarifoption „safe“ gewählt werden.

Änderung der Tarifoption gilt ab **01.01.** _____ (Jahr)

Innerhalb der Versorgungszusage ist eine Änderung der Tarifoption für künftige Beiträge mit einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende mit Wirkung ab dem folgenden Kalenderjahr möglich. Bitte beachten Sie hierzu die Versicherungsbedingungen für den Tarif bAVFlex.

Umwandlung

- _____,00 %
 10,00 % (maximal)

Gemäß Artikel 2a der Versicherungsbedingungen für den Tarif bAVFlex kann das versicherte Mitglied bis zur Vollendung des 56. Lebensjahres einmal jährlich eine Umwandlung seiner ihm gutgeschriebenen Fondsanteile zugunsten der Basisversorgung (gemäß Artikel 8 Nr. 5 Buchstabe a der Versicherungsbedingungen für den Tarif bAVFlex) beantragen. Diese ist in der Höhe auf 10 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Fondsanteile beschränkt.

Der Antrag auf Umwandlung gilt zum nächstmöglichen Zeitpunkt bzw. zum _____ (Datum)

Auf Antrag durchgeführte Umwandlungen werden im Monat des Antragseingangs ausgeführt, sofern das Datum des Eingangsstempels vor dem 10. Tag eines Monats liegt. Später eingegangene Anträge werden im Folgemonat ausgeführt. Bitte beachten Sie hierzu die Versicherungsbedingungen für den Tarif bAVFlex.

Sterbegeldbegünstigte/r (optional)

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d
Anschrift _____

* Optionale Angabe. Mit der Angabe von E-Mail und/oder Telefonnummer erteilen Sie uns die Einwilligung Sie zum Zwecke der Vertragsverwaltung über diese Kanäle anzusprechen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber der Pensionskasse widerrufen. Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.pensionskasse.coop/kontakt/datenschutz/>.

Ort, Datum _____ Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber _____ Unterschrift der versicherten Person _____