

**Anmeldung/Abmeldung**

SELBSTHILFE Pensionskasse VVaG  
Dürener Straße 341

50935 Köln

ARBEITGEBER NR. \_\_\_\_\_

Fertigen Sie bitte von der ausgefüllten Anmeldung/  
Abmeldung je eine Kopie für Ihre Unterlagen und für  
Ihre Mitarbeiterin/Ihren Mitarbeiter an.

**Betriebliche Altersvorsorge durch den Arbeitgeber**

**Entgeltumwandlung**

Mitgl.-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ

Wohnort

Geschlecht\*

Familienstand

Beruf/Tätigkeit (zur Zeit ausgeübt)

M  W

**ANMELDUNG**

Hiermit melden wir die vorgenannte Mitarbeiterin/den vorgenannten Mitarbeiter  
bei der SELBSTHILFE Pensionskasse VVaG zur betrieblichen Altersversorgung auf  
der Grundlage des Versorgungssystems „Direkt“ an.

Anmeldung zum \_\_\_\_\_  
Tag / Monat / Jahr

Ort

Datum

Unterschrift/Stempel des Arbeitgebers

## Gewünschter Tarif

**Tarif 62 B**

Altersrente, Rente bei Erwerbsminderung, Sterbegeld  
Hinterbliebenenversorgung  nein  50%  60%  
gewünschter Monatsbeitrag € \_\_\_\_\_

**Baustein-Tarif B**

Altersrente  
Sterbegeld  nein  
 ja, falls ja:  € 2.500,-  € 5.000,-  € 7.500,-  
gewünschter Monatsbeitrag € \_\_\_\_\_

### Bei Anmeldung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters:

#### Einverständniserklärung\*

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der vorstehenden Anmeldung zur betrieblichen Altersversorgung auf der Grundlage des Versorgungssystems „Direkt“. Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden. Die Produktinformation und die allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich erhalten.

**Liegt eine teilweise oder vollständige Erwerbsminderung oder eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes durch Erkrankung, Verletzung oder Behinderung vor?**  Ja  Nein

Erläuterung, falls erforderlich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Arbeitnehmers

#### Bestätigung

Der Arbeitgeber bestätigt, dass der/die zu versichernde Mitarbeiter/in mit der vorstehenden Anmeldung zur betrieblichen Altersversorgung auf der Grundlage des Versorgungssystems „Direkt“ einverstanden ist.

Der Arbeitgeber erklärt, dass der/die angemeldete Mitarbeiter/in in vollem Umfang arbeitsfähig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

#### ABMELDUNG\*

Hiermit melden wir die vorgenannte Mitarbeiterin/den Mitarbeiter aus dem Versorgungssystem „Direkt“ der SELBSTHILFE Pensionskasse der Caritas VVaG ab.

Abmeldung zum \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_ Letzter Beitrag € \_\_\_\_\_ für Monat/Jahr  
Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Grund für die Abmeldung\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beendigung des Arbeitsverhältnisses | <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung        |
| <input type="checkbox"/> Erreichen der Altersgrenze          | <input type="checkbox"/> Mutterschutz/Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhen des Arbeitsverhältnisses      | <input type="checkbox"/> Tod                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe / Krank             |  |

Teilen Sie uns bitte eine eventuelle neue Anschrift der/des abgemeldeten Versicherten mit, damit wir uns wegen der weiteren Regelung des Versicherungsvertrages an sie/ihn wenden können.

Neue Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift/Stempel des Arbeitgebers