

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

## Antrag auf Übernahme einer Anwartschaft durch Übertragung gemäß § 4 BetrAVG

### Antragsteller

Name, Vorname

Geburtsdatum

Neuer Arbeitgeber

Betriebsnummer

Kassenfirmennummer

PKDW-Mitgliedsnummer

E-Mail für Rückfragen (Angabe freiwillig)

Ich beantrage hiermit gemäß § 4 BetrAVG die Übertragung des Übertragungswertes einer bestehenden Anwartschaft auf die Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft (PKDW).

### Versorgungsträger

Name des bisherigen Versorgungsträgers

Anschrift des bisherigen Versorgungsträgers

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Ansprechpartner

Versicherungsnummer

### Anfrage an den bisherigen Versorgungsträger

Bitte teilen Sie der Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft alle nötigen vertragsrelevanten Daten bezüglich meiner Altersversorgung bei Ihnen mit. Im ersten Schritt informieren Sie die PKDW bitte über das zu übertragende Deckungskapital, die steuerliche Behandlung der Beiträge, den Rechnungszins, das rechnungsmäßige Rentenbeginnalter, die Höhe der beitragsfreien Rente, die Garantierente bei Fortführung, die garantierte Ablaufleistung und die Ablaufleistung inkl. der zu erwartenden Überschüsse.

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)

Der übertragene Barwert der Anwartschaft wird nach Maßgabe der geltenden Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen (AVB/TaB) der PKDW aufgenommen.

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des  
bisherigen Versorgungsträgers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des  
neuen Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des  
bisherigen Arbeitgebers

---

### Hinweis an den Arbeitnehmer

Bitte stellen Sie als erstes mit Hilfe Ihrer Personalabteilung einen Antrag auf Mitgliedschaft bei der Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft. Nachdem Sie Ihre Mitgliedsnummer erhalten haben, füllen Sie diesen Antrag bitte vollständig aus, unterschreiben ihn und lassen ihn anschließend von Ihrem neuen und ehemaligen Arbeitgeber unterzeichnen. Senden Sie den Antrag dann bitte an Ihren ehemaligen Versorgungsträger und schicken uns, sobald Sie dessen Unterschrift und Ergänzungen erhalten haben, das vollständige Formular per E-Mail, per Fax, über das Mitgliederportal oder per Post.

---

### Hinweis an den bisherigen Versorgungsträger

Die Überweisung des Barwertes der Versorgungszusage hat gemäß § 4 BetrAVG unverzüglich durch den bisherigen Versorgungsträger auf das Konto der Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft bei der

Commerzbank AG, Duisburg, IBAN: DE92 35080070 02079 27600, BIC: DRESDEFF350

unter Angabe des Namens und der Mitgliedsnummer des Versicherten – Stichwort "Übertragung" zu erfolgen.

Bitte geben Sie das Gesamt-Deckungskapital und die Aufteilung auf die folgenden Beitragsarten an:

1. Deckungskapital Gesamt
2. unversteuerte Arbeitnehmerbeiträge
3. versteuerte Arbeitnehmerbeiträge
4. unversteuerte Arbeitgeberbeiträge
5. versteuerte Arbeitgeberbeiträge