

Antrag nach Tarif A inklusive Hinterbliebenenversorgung

Die Informationen zur betrieblichen Altersversorgung mit der PKDW - insbesondere die Satzung sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarifbedingungen (TaB) des Tarifs A - standen mir unter www.pkdw.de zur Verfügung. Unter Bezugnahme auf diese Informationen beantrage ich die Mitgliedschaft bei der PKDW.

Die Beiträge an die PKDW sind nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VerStG) von der Versicherungssteuer befreit.

Antragsteller/in	Name, Vorname Titel Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Steuer-Identifikationsnummer PKDW-Mitglieds-Nr. (bei Mehrfachversicherung) Geburtsdatum Geschlecht Sind Sie verheiratet? Arbeitgeber Betriebszugehörigkeit seit Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig) E-Mail für Rückfragen (Angabe freiwillig)	Tarifwahl	1. Berufsunfähigkeitsschutz ☐ mit Berufsunfähigkeitsschutz (Gesundheitsfragebogen erforderlich) oder ☐ ohne Berufsunfähigkeitsschutz 2. Kapitalisierungsoption ☐ Option Kapitaleistung (nicht möglich bei Riester-Beiträgen) oder ☐ Option Teilkapitaleistung (30%) (auch möglich bei Riester-Beiträgen)
------------------	---	-----------	---

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der PKDW zur Verarbeitung meiner Daten erhalten habe oder die Möglichkeit hatte, diese unter www.pkdw.de/datenschutz oder unter Nutzung des nebenstehenden QR-Codes einzusehen. Ich erkenne die Datenschutzerklärung der PKDW an und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Datenübermittlung auch über meinen Arbeitgeber erfolgen kann.



Ich habe die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller/in (bei zu versichernden Minderjährigen: zusätzlich Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung)
-----	-------	--

Anmeldung durch den Arbeitgeber

Der/Die Antragsteller/in wird ab _____ über die Kassenfirmen-Nr. _____, Betriebsnummer _____ unter Bezugnahme auf § 3 der AVB zur Mitgliedschaft angemeldet.

Beiträge des Arbeitgebers (nur reine Arbeitgeberbeiträge)

Beiträge nach §3 Nr.63 EStG	Beitragshöhe	Beiträge nach §40b EStG	Beitragshöhe	Beiträge nach	Beitragshöhe	Zahlungsintervall
-----------------------------	--------------	-------------------------	--------------	---------------	--------------	-------------------

Beiträge des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin (inkl. 15 %igen Arbeitgeberzuschuss)

Beiträge nach §3 Nr.63 EStG	Beitragshöhe	Beiträge nach §40b EStG	Beitragshöhe	Beiträge nach	Beitragshöhe	Zahlungsintervall
-----------------------------	--------------	-------------------------	--------------	---------------	--------------	-------------------

Ort	Datum	Firmenstempel, Unterschrift
-----	-------	-----------------------------