

Von der Pensionskasse  
auszufüllen:

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_



Pensionskasse für die  
Deutsche Wirtschaft

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

## 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](http://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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

männlich    weiblich    divers

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Betriebszugehörigkeit seit

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig)

\_\_\_\_\_  
E-Mail für Rückfragen (Angabe freiwillig)

### Tarifwahl

#### 1. Wahl des Berufsunfähigkeitsschutzes

mit Berufsunfähigkeitsschutz  
(Gesundheitsfragebogen erforderlich)

oder

ohne Berufsunfähigkeitsschutz

#### 2. Wahl der Option

Option Kapitalleistung  
(nicht möglich bei Einzahlung  
von Riester-Beiträgen)

oder

Option Teilkapitalleistung (30 %)  
(auch möglich bei Einzahlung  
von Riester-Beiträgen)

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.

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 \_\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf § 3 der AVB über die Kassenfirmen-Nr.

(sofern vorhanden) \_\_\_\_\_, Betriebsnummer \_\_\_\_\_ zur Mitgliedschaft angemeldet.

Der Gesundheitsfragebogen

ist beigelegt

wird durch den/die Antragsteller/in eingesandt

(entfällt bei Tarif A ohne Berufsunfähigkeitsschutz)

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel, Unterschrift