Pensionskasse des Schornsteinfegerhandwerks
Bayerische Versorgungskammer

Hausanschrift:
Arabellastr. 31, 81925 München

Telefon: (089) 9235 - 6 (Vermittlung)
- 8217 (Durchwahl)
- 7216 ")
Telefax: ((089) 9235 - 8979
E-Mail: pks@versorgungskammer.de
Internet: www.schornsteinfegerversorgung.de

Bankverbindung:
IBAN: DE 17 7005 0000 0003 6418 70
BIC: BYLADEMM (Bayern LB)

An die

Pensionskasse des
Schornsteinfegerhandwerks
Postfach 81 08 71
81901 München

Antrag auf Entgeltumwandlung

Versicherungsnummer:
J/PKS -

I. Angaben der/des Versicherten

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Geburtsname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

ggf. Ortsteil: _____

Telefon*: _____ Mobil*: _____

E-Mail*: _____

beschäftigt als: ☐ Geselle/in / Meister/in ☐ Auszubildende/r ☐ sonstige/r Mitarbeiter/in

II. Angaben zur Entgeltumwandlung

Hinweis: Entgeltumwandlung kann nur für künftige Entgeltansprüche durchgeführt werden.

1. Für die Entgeltumwandlung soll ab dem _____
(gewünschter Versicherungsbeginn)

☐ ein Betrag von monatlich _____ € (Festbetrag von mindestens 30,00 €)
☐ 1 % der BBG** (dynamisch) ☐ 2 % der BBG** (dynamisch)
☐ 3 % der BBG** (dynamisch) ☐ 4 % der BBG** (dynamisch)
☐ 5 % der BBG** (dynamisch) ☐ 6 % der BBG** (dynamisch)

von meinem Entgelt (Lohn/Gehalt) verwendet werden.

** 1 % der BBG (=Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung) entsprechen im Jahr 2024 75,50 € im Monat.

Hinweis: Für das Jahr 2024 können im Rahmen der Entgeltumwandlung (über die 2 %-ige Arbeitgeberzuwendung hinaus) bis zu weitere 5.436,00 € steuerfrei - davon bis zu 1.812,00 € auch sozialabgabenfrei - eingezahlt werden!

(mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig)

2. Angaben zum Arbeitgeber

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

Vom Arbeitgeber auszufüllen:

Bei **Vereinbarungen zur Entgeltumwandlung**, ist der Arbeitgeber verpflichtet, einen Arbeitgeberzuschuss an die PKS weiterzuleiten, soweit er durch die Entgeltumwandlung Sozialversicherungsbeiträge einspart (§ 1a Abs. 1a BetrAVG). Die Höhe der monatlich eingesparten Sozialversicherungsbeiträge ist der PKS durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

Die Höhe des Arbeitgeberzuschusses kann gesetzlich nicht höher sein als 15 % des gemäß Seite 1 dieses Formulars umzuwandelnden Entgeltbetrags!

Der Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Abs. 1a BetrAVG ist auf Grund der Entgeltumwandlung zusätzlich zu zahlen und ist nicht die nach § 12 BTV tarifrechtlich zu zahlende Arbeitgeberzuwendung oder in dieser Arbeitgeberzuwendung enthalten!

Erklärung des Arbeitgebers:
Der Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Abs. 1a BetrAVG für meinen oben genannten Mitarbeiter beträgt ab Beginn der Entgeltumwandlung (siehe II. 1.)

☐ monatlich _____ € (maximal 15 % des Entgeltumwandlungsbetrags) oder

☐ 15 % des jeweiligen Entgeltumwandlungsbetrages auf Seite 1 dieses Formulars.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift des Arbeitgebers

III. Unterschriften und rechtliche Hinweise

1. Kenntnisnahmebestätigung

Die in der Satzung enthaltenen Bestimmungen informieren über alle für das Versicherungsverhältnis wichtigen Regelungen, insbesondere über Beginn, Ende und Durchführung des Versicherungsverhältnisses (Tarif 2002: §§ 16 ff. der Satzung; Tarif 2013: §§ 28 ff. der Satzung, Tarif 2022: §§ 40 ff. der Satzung) sowie über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen (Tarif 2002: §§ 21 ff. der Satzung; Tarif 2013: §§ 33 ff. der Satzung, Tarif 2022: §§ 45 ff. der Satzung). Von dem Inhalt dieser Bestimmungen habe ich Kenntnis genommen.

2. Datenschutzrechtliche Erklärung

Ich willige ein, dass die PKS meine persönlichen Daten zur Durchführung der beantragten Versicherung speichert und verarbeitet.
Ich weiß, dass ich die Abgabe dieser Einverständniserklärung verweigern kann mit der Folge, dass mein Antrag von der PKS nicht weiterbearbeitet werden kann.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift der/des Versicherten
für Minderjährige: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

3. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Satzung der Pensionskasse, sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertrags-gesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Pensionskasse des Schornsteinfegerhandwerks
Postfach 81 08 71
81901 München

Telefax: (089) 9235 - 8979

E-Mail: pks@versorgungskammer.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und die beiderseits empfangenen Leistungen sind zurückzugewähren.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ort, Datum	Unterschrift der/des Versicherten für Minderjährige: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

4. Aufsichtsbehörde

Rechts- und Versicherungsaufsicht:	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration Odeonsplatz 3 80539 München

5. Gerichtsstand und Rechtsordnung

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Für Klagen des Versicherungsnehmers gegen die PKS sind die ordentlichen Gerichte in München zuständig. Für Klagen der PKS gegen ihre Versicherten sind die ordentlichen Gerichte am Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers zuständig. (Rechtsgrundlagen: § 1 ZPO i. V. m. §§ 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG und §§ 12, 13 ZPO).