

Einmalbeiträge aus privatem Vermögen einzahlen

(Mitgliedergruppe F)

Sofern Sie noch keine Pensionskassenrente beziehen, können Sie jederzeit Einmalbeiträge in Ihr bestehendes Vorsorgekonto (Mitgliedergruppe F) einzahlen. Damit erhöhen Sie Ihre zukünftige lebenslange Rente und Vorruhestandsrente

- ohne Ihren Arbeitgeber einzuschalten,
- auch nach Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses,
- bis 10.000 Euro ohne jede Formalität.

Bitte beachten Sie: Gemäß den Allgemeinen Bedingungen der Mitgliedergruppe F können Sie unter bestimmten Voraussetzungen ein Einmalkapital anstatt einer lebenslangen Altersrente wählen. **Sofern Sie Einmalbeiträge eingezahlt haben, entfällt das Wahlrecht.** Nur kleine Renten bis maximal 80,50 Euro (Stand 2025) dürfen immer als einmaliges Kapital ausgezahlt werden.

Bitte überweisen Sie Ihren Beitrag unter Angabe Ihrer Bestandsnummer einfach auf das Konto der Hamburger Pensionskasse:

IBAN: DE09 2005 0550 1002 2477 14
BIC: HASPDEHHXXX
Bank: Hamburger Sparkasse
Verwendungszweck: Ihre Bestandsnummer, Einmalbeitrag

Überweisen Sie Ihre Beiträge einmal jährlich in einer Summe.

Ihre Bestandsnummer finden Sie auf folgenden Dokumenten: Begrüßungsschreiben, Mitgliedsbescheinigung oder Standmitteilung.

Die eingezahlten Beiträge schreiben wir Ihrem Vorsorgekonto zu den Bedingungen der Mitgliedergruppe F zu. Eine **Bestätigung über die Beitragszahlung** wird Ihnen im Vorsorgeportal unter „Meine Dokumente“ zur Verfügung gestellt.

Beiträge ab 10.000 Euro jährlich: Bei Einmalzahlungen ab 10.000 Euro im Jahr benötigen wir einige weitere Angaben von Ihnen. Das entsprechende Formular finden Sie im Anhang. Bitte senden Sie es uns nur für Beiträge ab 10.000 Euro ausgefüllt zurück. Sie erhalten dann von uns ein Bestätigungsschreiben und können anschließend den Beitrag überweisen.

Ihre privat eingezahlten Beiträge können Sie nur ausnahmsweise von der Steuer absetzen. Fragen Sie Ihr Finanzamt oder Ihren Steuerberater. Dafür erhalten Sie die privat finanzierten Renten in der Regel steuerfrei, denn Leistungen aufgrund individuell versteuerter Beiträge werden bei Rentenzahlung nur mit dem Ertragsanteil versteuert.

Rentenzahlungen sind abgabenpflichtig in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wenn die Summe aller Betriebsrenten 187,55 Euro monatlich (2025) übersteigt, wobei Kapitalzahlungen durch 120 geteilt werden. Renten sind dauerhaft und Kapitalzahlungen in dieser Höhe 10 Jahre lang

Sie erreichen uns wochentags unter 040 28 01 45-0.
Telefax 040 28 01 45-775 • www.hhpk.de

Einmalbeiträge aus privatem Vermögen einzahlen

(Mitgliedergruppe F)

abgabepflichtig. Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse beträgt 14,6 % (Stand 2025), plus des individuellen Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse. Der Beitrag zur Pflegeversicherung liegt bei 4,2 %, bei Personen mit Kind bei 3,6 %. Darüber hinaus können Personen mit Kind(ern) zudem von geringeren Beitragssätzen profitieren (dies ist abhängig von der Anzahl und dem Alter des Kindes). Bei einer privaten Krankenversicherung werden keine Beiträge einbehalten.

Von Rentenzahlungen, die auf privaten Einzahlungen (z.B. ohne Beteiligung eines Arbeitgebers) nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis beruhen, werden keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung einbehalten.

Laufende Vorsorge: Für den Fall, dass Sie ständig ohne Ihren (früheren) Arbeitgeber mit laufenden Beiträgen Ihre Altersvorsorge ausbauen wollen, lesen Sie bitte unser **Merkblatt Beiträge erhöhen oder privat weiterzahlen**.

Sie erreichen uns wochentags unter 040 28 01 45-0.
Telefax 040 28 01 45-775 • www.hhpk.de

Auskünfte bei jährlichen Einmalbeiträgen ab 10.000 Euro

(Mitgliedergruppe F)

Bitte zurücksenden an:

Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG
Postfach 10 50 27
20035 Hamburg

Fax an 040 28 01 45-775

BestandsNr. Name, Vorname Geburtsdatum

Telefonnummer (tagsüber) E-Mail-Adresse (privat)

Straße Hausnummer PLZ Ort Länderkz.

Höhe der geplanten Einmalzahlung: _____ Euro

Ab 10.000 Euro Einmalbeitrag hat die Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG (HPK) gem. § 232 Versicherungsaufsichtsgesetz zu prüfen, ob die Einzahlung des vorgesehenen Einmalbeitrages der Absicherung wegfallenden Erwerbseinkommens dient. Bitte geben Sie uns hierzu eine Information zu Ihrem aktuellen Einkommen:

- ① Wie hoch war Ihr **Brutto-Jahresgehalt im letzten Kalenderjahr** (inkl. Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Sonderzahlungen etc.)?
- ☐ bis 30.000 Euro
- ☐ 30.001 Euro bis 40.000 Euro
- ☐ 40.001 Euro bis 60.000 Euro
- ☐ über 60.000 Euro

Aufgrund gesetzlicher Regelungen sind bei hohen Einmalbeiträgen einige zusätzliche Auskünfte erforderlich. Bei einer Einzahlung **ab 10.000 Euro vor Vollendung des 60. Lebensjahres** muss sich die HPK ein Bild über Ihre tatsächlichen Gesundheitsverhältnisse verschaffen. Wenn Sie 60 Jahre alt oder älter sind, lassen Sie die Fragen unbeantwortet. Die HPK ist nach § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, wenn bekannt wird, dass Sie folgende Fragen unvollständig oder wahrheitswidrig beantwortet haben. Ihre Daten werden gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgesetze vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie:

Wir benötigen Ihre Unterschrift
(nächste Seite)



Auskünfte bei jährlichen Einmalbeiträgen ab 10.000 Euro

(Mitgliedergruppe F)

BestandsNr.

Name, Vorname

Unsere Fragen

Ihre Antworten

② In welchem Beruf sind Sie tätig?

③ Wie groß sind Sie?

_____ Körpergröße in cm

Wie schwer sind Sie?

_____ Gewicht in kg

④ Bezogen auf die letzten **3 Jahre**:

Wurden Sie **ambulant** durch Ärzte, Psychotherapeuten oder andere Heilbehandler beraten, untersucht oder behandelt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? Wann? Folgen?

Haben Sie sich stationär in Krankenhäusern, Kurkliniken oder Rehabilitationszentren aufgehalten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? Wann? Folgen?

⑤ Nehmen oder nahmen Sie **regelmäßig** Medikamente?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? Grund?

⑥ Haben Sie eine Erwerbsminderungsrente von der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten oder erhalten Sie diese Rente noch?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Zeitraum des Bezugs / Beginndatum angeben:

Es besteht eine Verminderung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit um _____ %.

⑦ Sind Sie verheiratet?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kinder unter 25 Jahre?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie alt?

Ort, Datum

Unterschrift