

Übertragung von der HPK auf neuen Arbeitgeber

Antragsformular

Bitte füllen Sie und Ihr neuer Arbeitgeber diesen Antrag vollständig aus und senden Sie ihn an die:
Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG (HPK), Postfach 10 50 27, 20035 Hamburg

Angaben zur Person (Mitglied der HPK):

☐ Frau ☐ Herr

Mein Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Bestandsnummer bei HPK

Meine Telefonnummer

Meine Anschrift

Mein neuer Arbeitgeber

Anschrift (Arbeitgeber)

Einverständniserklärung:

- Ich beantrage, dass mein Vorsorgekonto aufgelöst und der Übertragungswert meiner Versorgungszusage bei der HPK auf die Versorgungszusage meines oben genannten neuen Arbeitgebers übertragen wird.
- Ich beauftrage die HPK und den übernehmenden Versorgungsträger, alle für die Übertragung erforderlichen Informationen miteinander auszutauschen.**

Ort, Datum

Meine Unterschrift

Neuer Arbeitgeber:

Wir beschäftigen die antragstellende Person seit _____ (TT.MM.JJJJ).

Der Übergang vom bisherigen Arbeitgeber erfolgte im Rahmen eines Betriebsübergangs nach § 613 a BGB: ☐ ja ☐ nein

Neuer Versorgungsträger (Name der/des Pensionskasse, Direktversicherung, Pensionsfonds)

Anschrift Versorgungsträger

Versicherungsnummer beim Versorgungsträger

Wir bestätigen, dass der antragstellenden Person spätestens im Monat der Gutschrift des Übertragungswertes eine Zusage über eine Pensionskasse, eine Direktversicherung oder einen Pensionsfonds erteilt wird.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (Neuer Arbeitgeber)

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