

Übertragung auf die Hamburger Pensionskasse

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)

Meine Anschrift:

Meine Telefonnummer:

Mein Bisheriger Arbeitgeber:

Anschrift:

Bisheriger Versorgungsträger:

(Name Pensionskasse; Direktversicherung; Pensionsfonds)

Anschrift:

Meine Versicherungsnummer beim bisherigen Versorgungsträger:

Neuer Arbeitgeber:

Bestandsnummer bei der HPK (falls bereits ein HPK-Vorsorgekonto besteht):

Einverständniserklärung:

- Ich beantrage unwiderruflich, dass der Übertragungswert meiner bestehenden Versorgungszusage von meinem bisherigen Arbeitgeber auf meinen neuen Arbeitgeber übertragen wird.
- **Ich beauftrage den abgebenden Versorgungsträger und die HPK, alle für die Übertragung erforderlichen Informationen miteinander auszutauschen.**

Ort, Datum

Meine Unterschrift

Neuer Arbeitgeber:

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

Personalnummer _____ Sortiermerkmal _____

Die Anmeldung der antragstellenden Person zur HPK erfolgt spätestens im Monat der Gutschrift des Übertragungswertes.

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

☐ ja ☐ nein

Wir beauftragen den abgebenden Versorgungsträger und die HPK, alle für die Übertragung des Übertragungswertes erforderlichen Informationen miteinander auszutauschen und den Übertragungswert auf ein Konto der HPK zu überweisen. Dem Antragsteller wird nach der Übertragung eine gemessen am Übertragungswert wertgleiche Zusage über die HPK nach Maßgabe der geltenden Allgemeinen Bedingungen für die Mitgliedergruppe F erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift (Neuer Arbeitgeber)

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