

# 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):

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ohne Angabe
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 Versorgung bei HPK besteht): _____			
<b>Einverständniserklärung:</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ich beantrage unwiderruflich, dass der Übertragungswert meiner bestehenden Versorgungszusage von meinem bisherigen Arbeitgeber auf meinen neuen Arbeitgeber übertragen wird.</li><li>• <b>Ich beauftrage den abgebenden Versorgungsträger und die HPK, alle für die Übertragung erforderlichen Informationen miteinander auszutauschen.</b></li></ul>			
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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Wir beauftragen den abgebenden Versorgungsträger und die HPK, alle für die Übertragung des Übertragungswertes erforderlichen Informationen miteinander auszutauschen</b> 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 • hhpk.de  
Telefax 040 28 01 45-775