

Beitrittserklärung zur Swiss Life Unterstützungskasse e.V.



Firmenname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

- 1) Wir werden als Trägerunternehmen die betriebliche Altersversorgung unserer Mitarbeiter über die Swiss Life Unterstützungskasse e.V. – nachfolgend „Unterstützungskasse“ genannt – durchführen. Ein Exemplar der Satzung der Unterstützungskasse, aus der nähere Informationen über die Unterstützungskasse ersichtlich sind, haben wir erhalten.
- 2) Die Mitarbeiter unseres Unternehmens, deren betriebliche Altersversorgung über die Unterstützungskasse durchgeführt werden soll, sind in der Anlage zu dieser Beitrittserklärung aufgeführt.
- 3) Inhalt dieser Anlage ist auch die von jedem dieser Mitarbeiter gegengezeichnete Erklärung zur Freiwilligkeit der Versorgungsleistungen und zum Abschluss einer Rückdeckungsversicherung.
- 4) Als Beiratsmitglied nach § 11 der Satzung der Unterstützungskasse benennen wir aus dem Kreise der versorgungsberechtigten Mitarbeiter unseres Unternehmens

Herrn Frau Name, Vorname

- 5) Wir erklären hiermit, dass wir der Unterstützungskasse regelmäßig die Mittel zuwenden werden, die zur Finanzierung der Versorgungsleistungen erforderlich sind, und dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen zur betrieblichen Altersversorgung berücksichtigt werden. Uns ist bekannt, dass wir im Wege der Durchgriffshaftung für die Versorgungsverpflichtungen aus dem Leistungsplan haften, die aufgrund einer nicht ausreichenden Dotierung der Unterstützungskasse von ihr nicht erbracht werden können.
- 6) Wir bestätigen hiermit, dass sich die Mehrzahl der Versorgungsanwärter (inkl. Leistungsempfänger) zum Zeitpunkt der Anmeldung und bei späteren Veränderungen nicht aus Inhabern bzw. Gesellschaftern oder deren Angehörigen zusammensetzt. Anderenfalls werden wir die Unterstützungskasse entsprechend informieren.
- 7) Die individuellen arbeitsrechtlichen Vereinbarungen zur betrieblichen Altersversorgung werden erst dann gültig, wenn der jeweilige Leistungsplan vom Trägerunternehmen verbindlich angenommen wurde.
- 8) Hiermit ermächtigen wir die Unterstützungskasse widerruflich, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung anfallenden Zuwendungen und die jährlichen Verwaltungskosten sowie die einmalige Aufnahmegebühr bei Fälligkeit zu Lasten unseres nachstehenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen:

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

- 9) Falls unter 8) keine Einzugsermächtigung erteilt wird, benötigt die Unterstützungskasse im Sinne des Geldwäschegesetzes folgende Zusatzangaben zur rechtlich für das Trägerunternehmen handelnden Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

ausgewiesen durch:

Personalausweis

Reisepass

Nummer:

ausgestellt von Behörde:

- 10) Unser Geschäftsjahr endet am Tag Monat eines jeden Jahres.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift