



SwissLife

Beitrittserklärung zur Swiss Life Unterstützungskasse e.V.

Firmenname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

- 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.
- Die Mitarbeiter unseres Unternehmens, deren betriebliche Altersversorgung über die Unterstützungskasse durchgeführt werden soll, sind in der Anlage zu dieser Beitrittserklärung aufgeführt.
- Inhalt dieser Anlage ist auch die von jedem dieser Mitarbeiter gegengezeichnete Erklärung zur Freiwilligkeit der Versorgungsleistungen und zum Abschluss einer Rückdeckungsversicherung.
- Als Beiratsmitglied nach §11 der Satzung der Unterstützungskasse benennen wir aus dem Kreise der versorgungsberechtigten Mitarbeiter unseres Unternehmens

Herr Frau Name, Vorname

- 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.
- 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.
- Die individuellen arbeitsrechtlichen Vereinbarungen zur betrieblichen Altersversorgung werden erst dann gültig, wenn der jeweilige Leistungsplan vom Trägerunternehmen verbindlich angenommen wurde.
- Die Beitragszahlung für die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung anfallenden Zuwendungen erfolgen mittels

SEPA-Lastschriftmandat bis auf Widerruf

IBAN

Kontoinhaber

Lastschriftermächtigung: Hiermit ermächtigen wir die Unterstützungskasse Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unseren genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Unterstützungskasse auf unser Konto gezogenen Lasten einzulösen.

Diese Ermächtigung umfasst sowohl die Erstanmeldung von versorgungsberechtigten Mitarbeitern als auch mögliche spätere Nachmeldungen. Die jeweilige Mandatsreferenz wird von der Unterstützungskasse separat mitgeteilt.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Datum (TT.MM.JJJJ)



Unterschrift Kontoinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person

Überweisung von folgendem Firmenkonto

IBAN

Kontoinhaber

- Unser Geschäftsjahr endet am _____ eines jeden Jahres.

Tag Monat

Datum (TT.MM.JJJJ)



Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift(en) des Trägerunternehmens