

aba Arbeitsgemeinschaft für
betriebliche Altersversorgung e.V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft für natürliche Personen

Bitte digital ausfüllen, ausdrucken und
unterzeichnet senden oder per Scan an info@aba-online.de

Hiermit beantrage ich die **Aufnahme als Mitglied der aba Arbeitsgemeinschaft e.V., Berlin**, nach der
Maßgabe der Satzung in Verbindung mit der aktuellen Beitragsstaffel.

1. Beginn der Mitgliedschaft *(Der Beginn der Mitgliedschaft erfolgt zum Monatsersten auch rückwirkend)*

--

2. Anschrift für die persönliche Mitgliedschaft *(Rundschreiben, Zeitschrift)*

Anrede	Titel 1	Titel 2
Vorname	Nachname	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Berufsbezeichnung
Telefon	Telefax (optional)	Email

3. Anschrift für Rechnung *(optional)*

Vorname Name oder Firmenanschrift	
Ansprechpartner	Abteilung
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Lieferantennummer (optional)	Zusatzinformation (optional)

4. Selbsteinstufung der Mitgliedschaft

Die Eingruppierung soll erfolgen nach (bitte Entsprechendes ankreuzen und Nachweise beifügen)

1a	Natürliche Personen
Ich bestätige, dass ich keiner Tätigkeit im bAV-Bereich nachgehe, nicht in die Beitragsgruppe 4 (Dienstleister) falle und auch nicht bei einem Arbeitgeber beschäftigt bin, der entweder bereits aba-Mitglied ist oder vom Tätigkeitsfeld her einer anderen Beitragsgruppe 1e bis 6 zuzuordnen ist.	

1b	Natürliche Personen, die bei einer juristischen Person, die Mitglied der aba (außer Beitragsgruppe 1e) ist, oder bei einer Hochschule angestellt sind
Den Nachweis über das Anstellungsverhältnis habe ich meinem Antrag beigefügt	

1d	Vollzeitstudenten
Die Immatrikulationsbescheinigung/Studienausweis habe ich meinem Antrag beigefügt	

1e	Natürliche Personen, die im Bereich der bAV tätig sind nicht unter 1b fallen mit bis zu 5 Beschäftigten
-----------	--

Nur für Mathematiker

Ich bin an einer Mitgliedschaft in der Fachvereinigung Mathematische Sachverständige interessiert.	
☞ Die Aufnahmebedingungen dieser Fachvereinigung werden Ihnen gesondert mitgeteilt.	

5. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die aba e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE4477700000666149), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der aba auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC
Anschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Antragsteller ist	
Datum & Unterschrift des Kontoinhabers	

Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass die aba meine Mitgliedsdaten speichern, verarbeiten und im Rahmen einer Auftragsverarbeitung an Vertragspartner übermitteln darf, soweit dies zur Erbringung ihrer satzungsmäßigen Aufgaben erforderlich ist. Nähere Details regelt unsere Datenschutzerklärung (<https://www.aba-online.de/datenschutzerklaerung.html>). Diese legt u.a. fest, dass Daten von aba-Mitgliedern (auf der Homepage, der in der Vereinszeitschrift, etc.) nur veröffentlicht werden, wenn die Mitgliederversammlung einen entsprechenden Beschluss gefasst hat und das Mitglied nicht widersprochen hat. Die Erklärung enthält außerdem konkrete Beispiele für bestehende Auftragsverarbeitungen und eine Auflistung ihrer Auskunfts-, Lösungs-, Berichtigungs- und Widerrufsrechte. Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Datenschutzerklärung zu.

Ort/Datum & Unterschrift des Antragstellers