

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

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

Antrag auf Mitgliedschaft für natürliche Personen

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied der aba Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung 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. Antragsteller

Anrede	Titel 1	Titel 2 /Berufsbezeichnung
Vorname	Nachname	

3. Anschrift unter der die Mitgliedschaft geführt werden soll (entweder/oder):

a. Privatanschrift (Mitglieder-Rundschreiben & Zeitschrift „BetrAV“ werden hierhin versandt)

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

b. Persönlich im Unternehmen (Mitglieder-Rundschreiben & Zeitschrift „BetrAV“ werden hierin versandt)

Firmierung		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Berufsbezeichnung
Dienstl. Telefon	Dienstl. E-Mail	

4. Anschrift für Beitragsrechnung (optional)

Vorname Name oder Firmenanschrift	
Abteilung	Zusatz 1
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Lieferantennummer (optional)	E-Mail für Beitragsrechnung per Mail

5. Zeitschriftbezug BetrAV

Aus Nachhaltigkeitsgründen bestelle ich die **Printversion der kostenfreien Mitgliederzeitschrift BetrAV ab** und mache nur von der digitalen Version* in dem für Mitglieder geschützten Bereich Gebrauch!

6. Selbsteinstufung der Mitgliedschaft (bitte Entsprechendes ankreuzen; Überprüfung erfolgt durch die aba)

2	<input type="checkbox"/> 2a	Natürliche Personen , die im bAV-Bereich tätig sind, nicht unter 6a fallen mit bis zu 5 Beschäftigten (850 Euro Jahresbeitrag)
6	<input type="checkbox"/> 6a	Personen , die bei einer juristischen Person, die Mitglied der aba ist, oder bei einer Hochschule angestellt sind (200 Euro Jahresbeitrag) <input type="checkbox"/> Den Nachweis über das Anstellungsverhältnis habe ich meinem Antrag beigelegt
	<input type="checkbox"/> 6b	Personen , die keiner anderen Beitragsgruppe zuzuordnen sind und keiner Tätigkeit im Bereich der bAV nachgehen; (100 Euro Jahresbeitrag; BetrAV nur als Online-Zugang) <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die vorgenannten Kriterien auf mich zutreffen Vollzeitstudenten (100 Euro Jahresbeitrag; BetrAV nur als Online-Zugang) <input type="checkbox"/> Die Immatrikulationsbescheinigung bzw. Studienbescheinigung habe ich meinem Antrag beigelegt Rentner , die bei einem aba-Mitglied beschäftigt waren und keiner Tätigkeit im Bereich der bAV nachgehen (100 Euro Jahresbeitrag)
Nur für Mathematiker		
<input type="checkbox"/>	Ich bin an einer Mitgliedschaft in der Fachvereinigung Mathematische Sachverständige interessiert. <input type="checkbox"/> Die Aufnahmebedingungen dieser Fachvereinigung werden Ihnen gesondert mitgeteilt.	

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

7. SEPA-Lastschriftmandat *(optional)*

Ich ermächtige die aba e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE447770000666149), 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
<i>Anschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Antragsteller ist</i>	
Datum & Unterschrift des Kontoinhabers	

* Digitale Ausgaben der BetrAV-Artikel werden im Mitgliederbereich der aba-Homepage angeboten. **Einzelhefte** werden nach ihrem Erscheinen unterjährig als Nur-Lesefassungen und als e-pub-Dateien veröffentlicht. In druckbarer Form können Sie die Inhalte der Hefte im Rahmen der Jahresausgaben nutzen, die jeweils in Q1 des Folgejahrs erscheinen. Alle Fachbeiträge, Informationen und Rechtsprechungshinweise werden außerdem bereits unmittelbar nach Erscheinen jeder Ausgabe im HTML-Format in der BetrAV-Artikeldatenbank veröffentlicht.
