

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

## Antrag auf Mitgliedschaft für juristische Personen

Bitte digital ausfüllen, ausdrucken und  
unterzeichnet senden oder per Scan an [info@aba-online.de](mailto:info@aba-online.de)

Hiermit beantrage ich/wir 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 unter der die Mitgliedschaft geführt werden soll *(Rundschreiben, Zeitschrift)*

Firmierung		
Abteilung		Zusatz 2
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Register-Nummer (HRB, VR, BaFin)
Ansprechpartner für Mitgliedschaft	Telefon des Ansprechpartners	Email des Ansprechpartners

### 3. Anschrift für Rechnung *(optional)*

Vorname   Name oder Firmenanschrift	
Abteilung	Zusatz 1
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Lieferantennummer (optional)	Zusatzinformation (optional)

#### 4. Selbsteinstufung der Mitgliedschaft

Die Eingruppierung soll erfolgen nach (bitte Entsprechendes bitte ankreuzen)

2	<b>Verbände, Gewerkschaften, Industrie- und Handelskammern</b>					
3	<b>Firmenmitglieder i.V.m. Fußnote 4 der Beitragsstaffel</b>					
	3a	3b	3c	3d	3e	3f
	Es ist von einer Beschäftigtenzahl von				auszugehen	
4	<b>bAV Dienstleister</b>					
	4a	4b	4c	<i>Name &amp; Email der benannten Person, die die Mitgliedschaftskonditionen genießt bitte eintragen:</i>		
5	<b>Pensions-, Unterstützungskassen, Pensionsfonds und Lebensversicherungsunternehmen</b>					
	5a	5b				
6	6a	PK, PF und UK mit mehr als 1 Mrd. Euro Bilanzsumme				
	6b	Mitglieder Gruppe 3-5 mit einer PK, PF, UK die 6 a und 6c entsprechen				
	6c	Lebensversicherungsunternehmen mit mehr als 5 Mrd. Euro Kapitalanlagen				
	6d	Banken, Investmentgesellschaften, Kapitalanlagegesellschaften etc.				

#### 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
<i>Anschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Antragsteller ist</i>	
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-, Löschungs-, Berichtigungs- und Widerrufsrechte. Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Datenschutzerklärung zu.

Ort/Datum & Unterschrift des Antragstellers | Firmenstempel