

Abmeldung zu Direktversicherungen/Pensionskassenversorgungen Erklärung des Arbeitgebers (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

BITTE HIER ABSENDER EINTRAGEN

ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG
Abteilung KD
Abraham-Lincoln-Park 1
65189 Wiesbaden

Versicherung Nr.: _____

Kollektivvertrag: _____

Angaben über den versicherten Arbeitnehmer

Name _____ Dienst Eintritt _____

Vorname _____ Dienst Austritt _____ wegen

Straße _____ Kündigung des Arbeitsvertrages

PLZ/Wohnort _____ Bezug von Altersruhegeld*)

Geburtsort _____ Bezug von Erwerbsminderungsrente

Datum der Unverfallbarkeit _____ _____

Wir beantragen die **Übertragung der Versicherung einschließlich vorhandener Gewinne auf den Arbeitnehmer** als neuen Versicherungsnehmer zur Weiterführung als Einzelversicherung und stellen die Versicherung beitragsfrei. Der Versicherungsschein wurde dem Versicherten ausgehändigt.
Unter der aufschiebenden Bedingung, dass der Arbeitnehmer die Abfindung der unverfallbaren Anwartschaften gemäß § 3 BetrAVG begehrt, sind wir damit einverstanden und stellen hiermit einen entsprechenden Antrag beim Versicherer.
Wir stellen das bisherige Erlebensfallbezugsrecht - soweit es in unserer Verfügungsgewalt liegt - hinsichtlich der durch uns angesammelten Werte unwiderruflich. Ein etwa zu unseren Gunsten bestelltes Bezugsrecht wird hiermit aufgehoben.
Soweit die Voraussetzungen nach dem Betriebsrentengesetz erfüllt werden, sind gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG die Ansprüche des versicherten Arbeitnehmers auf die nach dem Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen begrenzt.
Wir erklären uns damit einverstanden, dass der neue Arbeitgeber die Versorgungszusage übernimmt oder der Wert der unverfallbaren Anwartschaften (Übertragungswert) - sofern vorhanden - auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird.

Die Beiträge zahlen wir (Arbeitgeber) **bis einschließlich** _____

Bei dieser Gehaltsverwendung/Entgeltumwandlung werden/wurden die Beiträge einbehalten und abgeführt **bis einschließlich** _____

Wir wünschen die Erstattung der/des überzahlten Beiträge/Beitragsanteils (Einverständnis des versicherten Arbeitnehmers bei Entgeltumwandlungen erforderlich)

Es wird kein anteiliger überzahlter Beitrag zurückgefordert.

Weitere Alternativen:

Wir beantragen die **Beitragsfreistellung** und bleiben Versicherungsnehmer. Kann bedingungsgemäß noch keine Summe gebildet werden, wird die Versicherung abgerechnet.

Wir beantragen mit Zustimmung des versicherten Arbeitnehmers die **Abfindung gemäß § 3 BetrAVG** und die Auszahlung des zur Abfindung zur Verfügung stehenden Wertes auf das Konto des Versicherten (siehe Rückseite).

Wir **kündigen den Versicherungsvertrag und bitten um Abrechnung**, sofern gesetzliche Vorschriften des Betriebsrentengesetzes dem **nicht** entgegenstehen.

IBAN: _____ Geldinstitut: _____

BIC: _____ Kontoinhaber: _____

*) Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

Wichtige Hinweise:

Ist der versicherte Arbeitnehmer zur Fortführung des Vertrages berechtigt oder muss er einer evtl. Abfindung/Beitragsersatzung zustimmen, so bitten wir um seine ergänzende Erklärung auf der Rückseite dieses Vordruckes.

Erklärung der versicherten Person (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Ich habe den Versicherungsschein erhalten, übernehme die Versicherungsnehmereigenschaft und handele auf eigene Rechnung.

Sofern ich auf fremde Rechnung handele, teile ich Ihnen nachfolgend die nach dem Geldwäschegesetz notwendigen Daten desjenigen mit, auf dessen Rechnung ich handele:

 Name, Vorname, Anschrift, Näheverhältnis

(Reichen Sie bitte bei Handlung auf fremde Rechnung eine Kopie des Personalausweises - Vorder- und Rückseite - desjenigen, auf dessen Rechnung Sie handeln, mit ein.)

Ich beantrage für den Vertrag

die Übertragung der Versicherung auf meinen neuen Arbeitgeber
 (Eine gesonderte Erklärung zur Übernahme des Vertrages geht dem neuen Arbeitgeber bzw. dem versicherten Arbeitnehmer noch zu.)

Firma: _____

Anschrift: _____

die beitragspflichtige Fortführung
 Soweit bisherige Beitragsvergünstigungen (z.B. aufgrund eines Kollektivvertrages) entfallen müssen, erhöht sich der Beitrag geringfügig.

Ich möchte die Beiträge jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich zahlen.

Sofern die Beiträge per Lastschrift eingezogen werden sollen, geben Sie uns bitte das beiliegende Mandatsformular ausgefüllt und unterschrieben wieder zurück.

die Beitragsfreistellung
 Durch die wegfallende Beitragszahlung verringert sich der Versicherungsschutz auf die beitragsfreie Versicherungssumme/Rente. Kann bedingungsgemäß noch keine beitragsfreie Summe gebildet werden, wird die Versicherung abgerechnet.

die Auszahlung aufgrund Kündigung des Vertrages, sofern gesetzliche Vorschriften des Betriebsrentengesetzes dem **nicht** entgegenstehen. Bitte senden Sie uns auch den Original-Versicherungsschein zurück. (Bei evtl. Bezug von Altersruhegeld bitte auch Kopie des Rentenbescheides vorlegen!)

IBAN: _____ Geldinstitut: _____

BIC: _____ Kontoinhaber: _____
 (falls abweichend)

Erfolgt die Auszahlung nicht an den Versicherungsnehmer, sind weitere Angaben zu machen.

Ich teile Ihnen die Anschrift, mein Näheverhältnis und den Grund der Auszahlung an den abweichenden Kontoinhaber sowie auf wessen Rechnung die Auszahlung erfolgt, nachfolgend mit:

Gemäß § 202 SGB V ist der Leistungsempfänger verpflichtet, folgende Angaben zu seiner gesetzlichen Krankenkasse zu machen:

Krankenkasse des Versicherten: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Sofern ich vorstehend keine Angaben gemacht habe, erkläre ich hiermit, dass ich nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin.

 Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Abfindung (§ 3 BetrAVG)
 Für die Abfindung ist die Höhe des Abfindungswertes maßgebend. Ob eine Abfindung im Rahmen des § 3 BetrAVG möglich ist, prüft die Athora Lebensversicherung AG.