

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

BITTE HIER ABSENDER EINTRAGEN

ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG  
Abteilung KD  
Söhnleinstraße 8  
65201 Wiesbaden

---

---

---

Versicherung Nr.: \_\_\_\_\_

### 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.

Versicherung Nr.: \_\_\_\_\_

## Erklärung der versicherten Person (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

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

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

\_\_\_\_\_  
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.**

Mit dem Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft soll die Betreuung durch die vertragsführende Gesellschaft erfolgen, sofern der Vertrag bisher durch einen unabhängigen Berater betreut wurde.

\_\_\_\_\_  
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.