

Abmeldung betriebliche Altersversorgung

Vertragsnummer _____

Unser Zeichen

Versicherte Person

Name

Vorname

Straße, Hausnummer (kein Postfach)

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum

Ausscheidetermin

Datum

Wegen:

Kündigung des Arbeitsvertrags Erreichen der Altersgrenze

Eintritt des Invaliditätsfalls Tod der versicherten Person

Zahlung der Beiträge bis: Datum

Die über den Dienstaustritt hinaus gezahlten Beiträge

werden der versicherten Person übertragen.
(Bei Entgeltumwandlung gehen die Beiträge immer über)

sollen dem bisherigen Versicherungsnehmer erstattet werden.

Abmeldung aus der betrieblichen Altersversorgung

Die Versicherung übertragen wir auf die versicherte Person. Wir erklären hiermit innerhalb von 3 Monaten nach Ausscheiden des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitnehmer und der PB Lebensversicherung AG, dass wir von der versicherungsförmigen Lösung (§ 2 Abs. 2 Satz 2 des Betriebsrentengesetz) Gebrauch machen.

Die versicherte Person ist mit verfallbaren Ansprüchen ausgeschieden. Wir wünschen die Abrechnung der Versicherung.

Datum | Ort

Unterschrift

Arbeitgeberin/Arbeitgeber

Erklärung der abgemeldeten versicherten Person

Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versicherung

Firma

Straße, Hausnummer (keine Postfach)

Postleitzahl | Ort

Ich übernehme die Versicherungsnehmereigenschaft und beantrage, die Versicherung wie folgt weiterzuführen:

beitragspflichtig gemäß der vereinbarten Zahlungsweise

mit dem bisherigen Beitrag oder

mit einem veränderten Beitrag in Höhe von

EUR

Beitragszahlung

Zahlungsart

Lastschriftverfahren Überweisung

Die Beiträge sowie ggf. anfallende Kosten für in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Geschäftsvorfälle (z. B. Ausstellung einer Ersatzurkunde) werden widerruflich von dem im SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto abgebucht. Bitte reichen Sie uns das SEPA Lastschrift Mandat in diesem Fall ein.

Bei Überweisung der Beiträge bitten wir Sie diese unter Angabe der Vertragsnummer auf nachfolgende Bankverbindung zu überweisen:

IBAN: DE42 3701 0050 0000 2145 09

BIC: PBNKDEFF

Postbank Köln

Datum | Ort

Unterschrift

Versicherte Person (Arbeitnehmer/in)

Hinweis:

Bitte senden Sie die **Abmeldung** an:

PB Lebensversicherung AG, 40718 Hilden