

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 2110
61291 Bad Homburg
per Email: anfrage.fpk@flgruppe.de

Bitte zurücksenden an:

Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 21 10
61291 Bad Homburg

Erklärung zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Angaben zur Person

Arbeitnehmer
(Name und Anschrift)

Vertragsnummer(n)

Betriebszugehörigkeit von _____ bis _____
(Bitte genaue Daten angeben)

Grund des Ausscheidens

Bezug von Altersruhegeld

Kündigung des Arbeitsvertrages

Bezug von Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente

Die versicherte Person befindet sich im vorzeitigen Ruhestand und nimmt die Versicherungsleistung, sofern in der Zusage vereinbart, unabhängig vom Bezug der gesetzlichen der Altersrente, in Anspruch.

Interner Wechsel

Sonstiges

Angaben zur Beitragszahlung

Der letzte Versicherungsbeitrag wurde/wird am _____ in Höhe von _____ EUR
durch uns bezahlt.

Auf die über den Ausscheidungstermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir
keine Ansprüche Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

Angaben zur Weiterführung / vorzeitigen Auflösung

Falls bereits unverfallbare Anwartschaften bestehen oder ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wurde, übertragen wir die Versicherung auf die versicherte Person.

Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt bei einem neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmen wir auch der Übernahme der von uns erteilten Versorgungszusage zu.

Ist das Arbeitsverhältnis beendet und werden keine Beiträge mehr eingezahlt, stimmen wir zu, dass die Versicherung abgefunden werden kann, sofern keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

Sofern noch keine unverfallbaren Anwartschaften bestehen, soll mit der Versicherung wie folgt verfahren werden:

Wir übertragen die Versicherung auf die versicherte Person.

Die Versicherung soll gekündigt werden; ggf. vorhandene Versicherungswerte sind zu überweisen auf:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Bankinstitut:

Es ist nur der Teil der Versicherung kündbar, der auf Beiträgen beruht, die von uns als Versicherungsnehmer entrichtet wurden.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers