

Bitte zurücksenden an:

Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 21 10
61291 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

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

Erklärung des Arbeitnehmers zur privaten Vertragsfortführung

Angaben zur Person

Arbeitnehmer
(Name und Anschrift)

Vertragsnummer(n)

Erklärung des Arbeitnehmers

Ich übernehme die Versicherung als Versicherungsnehmer. Die Versicherung soll **beitragspflichtig** bestehen bleiben.

Ggf. neuer Beitrag EUR (max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)	Zahlungsweise	monatlich	vierteljährlich
		halbjährlich	jährlich

Ich bin darüber informiert,

- dass für die im Rahmen der privaten Fortführung des Vertrages gezahlten Beiträge keine steuerliche bzw. sozialversicherungsrechtliche Förderung möglich ist und daraus resultierende Leistungen eingeschränkt steuerpflichtig sind.
- dass für die im Rahmen der privaten Fortführung des Vertrags gezahlten Beiträge keine Einstandspflicht des Arbeitgebers für die Erfüllung der von ihm zugesagten Leistungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) besteht.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich **ermächtige** die Pro bAV Pensionskasse AG (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000101944), alle Forderungen zu den o.g. Verträgen (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesen Verträgen (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der Pro bAV Pensionskasse AG einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden. Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen - beginnend mit dem Datum der Kontobelastung - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

Bei abweichendem Kontoinhaber schicken Sie uns bitte ein separat beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und vom Beitragszahler unterschrieben zurück.

Ich übernehme die Versicherung als Versicherungsnehmer. Die Versicherung soll zum nächstmöglichen Termin in eine **beitragsfreie** Versicherung umgewandelt werden.

Die Versicherung soll ab dem **01.** auf meinen **neuen Arbeitgeber übertragen** werden.

Hinweis bei Finanzierung durch Entgeltumwandlung oder bei gesetzlicher Unverfallbarkeit

Eine Auszahlung des Rückkaufwertes an den Arbeitnehmer ist nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis gemäß den Bestimmungen des Betriebsrentengesetzes nicht möglich. Bei einer Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie um.

Datum, Ort

Unterschrift des versicherten Arbeitnehmers