

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 E-Mail: [anfrage.fpk@flgruppe.de](mailto:anfrage.fpk@flgruppe.de)

Vertragsnummer(n)

## Erklärung zur betrieblichen Weiterführung

### Angaben zur Person

Arbeitnehmer  
(versicherte Person)  
Name und Anschrift

Datum der  
Vertragsübernahme  
(durch neuen Arbeitgeber)

Diensteintrittsdatum  
(beim neuen Arbeitgeber)

### Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)  
Name und Anschrift

### Vereinbarungen zur betrieblichen Weiterführung

#### 1. Wir erklären hiermit, dass wir die Versorgungszusage des vorherigen Arbeitgebers übernehmen.

Die Übernahme der Zusage entsprechend § 4 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG ist zwingend erforderlich, damit die bisherigen biometrischen Rechnungsgrundlagen des Vertrages erhalten bleiben und der Vertrag insoweit unverändert fortgeführt werden kann. Der Versicherer überprüft grundsätzlich, dass keine Beitragsrückstände vorhanden sind. Für künftige Beiträge können die bisherigen Vereinbarungen der Versorgung (z. B. Finanzierung durch Arbeitgeber oder Arbeitnehmer) angepasst und die Zusage in dieser Hinsicht modifiziert werden (siehe Ziffer 2). Für die Berechnung der gesetzlichen Unverfallbarkeit ist der Zeitpunkt der ursprünglichen Zusageerteilung maßgebend. Es kann daher auch bei Arbeitgeberfinanzierung nur ein unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalte verfügt werden. Die Versorgungszusage des bisherigen Arbeitgebers sollte Ihrem Arbeitnehmer vorliegen. Zusätzlich erstellt der Versicherer auf der Basis der gewählten Fortführungsmodalitäten eine Dokumentation der Übernahme.

#### 2. Die Versorgung wird wie folgt fortgeführt:

Art und Umfang der von uns zugesagten Versorgungsleistungen sowie die Voraussetzungen für deren Inanspruchnahme ergeben sich weiterhin aus den Versicherungsbedingungen zu o. g. Versicherung, den aktuell beiliegenden bzw. im Laufe der Vertragsdauer hinzukommenden Versicherungs- bzw. Versorgungsunterlagen. Je nachdem, welche Konditionen der Fortführung des Vertrages zu Grunde gelegt werden, kann es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung bei den garantierten Leistungen kommen. In bereits erreichte Anwartschaften wird nicht eingegriffen. Das Bezugsrecht ist insgesamt unwiderruflich ohne Vorbehalt. Die bisher vereinbarte Bezugsrechtsverfügung im Todesfall gilt unverändert. Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Die künftige Beitragszahlung basiert ausschließlich auf Entgeltumwandlung (inkl. gesetzlichem Arbeitgeberschuss, soweit geschuldet). Achtung: Es ist eine separate Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich.

oder, falls abweichend bitte ankreuzen:

Arbeitgeberfinanzierung

Mischfinanzierung (teils Arbeitgeber- und Arbeitnehmerfinanzierung; gilt nicht bei gesetzlichen Arbeitgeberzuschuss, soweit geschuldet)

Unbedingt eine der folgenden Vereinbarungen für die vom Arbeitgeber finanzierten Beiträge auswählen:

Es erfolgt keine Beitragszahlung in entgeltlosen Zeiten

Es erfolgt eine Beitragszahlung in entgeltlosen Zeiten

### 3. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen ab **01.** bis auf Widerruf gemäß dem beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

Oder, falls keine Abbuchung gewünscht wird:

Die Beiträge werden künftig ab **01.** überwiesen.

Ggf. neuer Beitrag in EUR

**Zahlungsweise**    monatlich    vierteljährlich    halbjährlich    jährlich

### 4. Besteuerung der Beiträge

Die beim vorherigen Arbeitgeber vereinbarte Besteuerung der Beiträge gilt weiterhin.

### 5. Versicherungsnehmer-Wechsel bei Ausscheiden des Arbeitnehmers

Der Arbeitgeber überträgt die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den Arbeitnehmer für den Fall, dass er nach Unverfallbarkeit seiner Versorgungsanwartschaft im Sinne von § 1 b BetrAVG aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet oder dass er zu diesem Zeitpunkt ein uneingeschränktes unwiderrufliches Bezugsrecht hinsichtlich aller Versicherungsleistungen besitzt. Die Befugnis des Arbeitgebers über die Rechte aus der Versicherung bis dahin zu verfügen, ist hierdurch nicht beeinträchtigt. Der Versicherungsnehmer-Wechsel ist dem Versicherer gegenüber erst dann wirksam, wenn der Arbeitgeber ihm die Beendigung des Arbeitsverhältnisses anzeigt. Die Anzeige gegenüber dem Vertreter genügt nicht. Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt beim neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmt der Arbeitgeber auch der Übernahme der von ihm erteilten Versorgungszusage durch den neuen Arbeitgeber zu.

### 6. Anspruchsbegrenzung

Anspruchsbegrenzung wird, soweit sie gemäß § 2 Abs. 2 Betriebsrentengesetz möglich ist, vom Arbeitgeber dem Versicherer gegenüber hiermit erklärt. Der Anspruch des Arbeitnehmers wird dadurch im Falle des vorzeitigen Ausscheidens auf die Versicherungsleistungen begrenzt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des **künftigen** Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

**Rücksendemöglichkeiten** per Post: Pro bAV Pensionskasse AG, Postfach 2110, 61291 Bad Homburg  
per E-Mail: [anfrage.fpk@flgruppe.de](mailto:anfrage.fpk@flgruppe.de)

Bitte zurücksenden an:

Pro bAV Pensionskasse AG  
Postfach 21 10  
61291 Bad Homburg

**Vertragsführende Gesellschaft**  
Pro bAV Pensionskasse AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE20ZZZ00000101944

**Mandatsreferenznummer**  
vergibt die vertragsführende Gesellschaft

**Vertragsnummer/n** (für die das Mandat gelten soll)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich **ermächte** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu den o.g. Verträgen (insbesondere Zinsen, Tilgung, 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 vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschritteinzug 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.

### Beitragszahler (Kontoinhaber)

#### Bankinstitut

IBAN

BIC

#### Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

**Rücksendemöglichkeiten** per Post: Pro bAV Pensionskasse AG, Postfach 2110, 61291 Bad Homburg  
per E-Mail: [anfrage.fpk@flgruppe.de](mailto:anfrage.fpk@flgruppe.de)