

Bitte zurücksenden an

Frankfurter Lebensversicherung AG
61343 Bad Homburg

Vertragsnummer/n (für die das Mandat gelten soll)

Erklärung zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Direktversicherung

Angaben zur Person

Arbeitnehmer
(versicherte Person)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Betriebszugehörigkeit von _____ bis _____
(Bitte genaue Daten angeben)

Grund des Ausscheidens

Bezug von Altersruhegeld: Bitte legen Sie uns eine Kopie Ihres Altersrentenbescheids bei, falls Sie die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen möchten.

Kündigung des Arbeitsvertrages:
Bitte senden Sie uns die beigelegten Formulare ausgefüllt wieder zu.

Angaben zu Beitragszahlung

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

Auf die über den Ausscheidungsstermin 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. Eine Abfindung ist nur möglich, wenn die Bagatellgrenze gemäß § 3 Abs. 2 BetrAVG nicht überschreitet. (2023 - Alte Bundesländer: 33,95 € monatliche Rente bzw. 4.074 € Kapitalleistung | Neue Bundesländer: 32,90 € monatliche Rente bzw. 3.948 € Kapitalleistung)

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:

Bankinstitut:

BIC:

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

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Frankfurter Lebensversicherung AG, 61343 Bad Homburg
per Email: anfrage.fl@flgruppe.de