

Bitte zurücksenden an

Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG  
Postfach 82 01 17  
81801 München

**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 beigefügten 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: Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG, Postfach 82 01 17, 81801 München  
per Email: [anfrage.fml@flgruppe.de](mailto:anfrage.fml@flgruppe.de)

Bitte zurücksenden an

Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG  
Postfach 82 01 17  
81801 München

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

## Erklärung des Arbeitnehmers zur privaten Vertragsfortführung Direktversicherung

### Angaben zur Person

Arbeitnehmer  
(versicherte Person)  
Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

### Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

### Erklärung des Arbeitnehmers

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

Ggf. neuer Beitrag EUR

Zahlungsweise

monatlich

vierteljährlich

(max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)

halbjährlich

jährlich

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf gemäß beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

Die Beiträge werden überwiesen.

Für die nach dem Geldwäschegesetz notwendige Identifizierung habe ich eine Strom-, Telefon- oder Mobilfunkrechnung aus den letzten drei Monaten, eine Kopie meines gültigen amtlichen Personalausweises oder Reisepasses (Vorder- und Rückseite) oder Kopien anderer vergleichbarer Dokumente beigelegt.

Ich bin darüber informiert,

- a) 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.
- b) 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.

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

Sollte die Mindestsumme für eine dauerhafte Beitragsfreistellung noch nicht erreicht sein, habe ich dennoch die Möglichkeit, den Vertrag bis zu sechs Monaten (Ausnahme: bis zu 3 Monaten nach Ende der Elternzeit) beitragsfrei zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ohne Wiederaufnahme der Zahlung erlischt der Vertrag.

Gemäß § 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) wird dann im Rahmen der Abfindung der Rückkaufwert ausgezahlt.

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.

### **Information zu Mechanismen zum Schutz der Anwartschaften**

Sie führen nun oder in naher Zukunft Ihre betriebliche Altersversorgung privat fort. Wir informieren Sie darüber, dass für Anwartschaften im Falle der privaten Fortführung des Versorgungsverhältnisses, die durch eigene Beiträge nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis finanziert werden, kein Schutz mehr in Form der Subsidiärhaftung des Arbeitgebers besteht.

Wir sind Mitglied der Protektor Lebensversicherungs-AG, der Sicherungseinrichtung der deutschen Lebensversicherer. Protektor ist ein Unternehmen zum Schutz der Versicherten. Die Gesellschaft schützt Versicherte vor den Folgen der Insolvenz eines Lebensversicherers/einer Pensionskasse: Verträge werden fortgeführt; die Leistungen für die Altersvorsorge und der Risikoschutz bleiben erhalten, ebenso die bereits gewährten Gewinnbeteiligungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des versicherten Arbeitnehmers

**Rücksendemöglichkeiten**

per Post: Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG, Postfach 82 01 17, 81801 München  
per Email: [anfrage.fml@flgruppe.de](mailto:anfrage.fml@flgruppe.de)

Bitte zurücksenden an

Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG  
Postfach 82 01 17  
81801 München

**Vertragsführende Gesellschaft**  
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE86ZZZ00000009479

**Mandatsreferenznummer**  
vergibt die vertragsführende Gesellschaft

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

## SEPA-Lastschriftmandat

**Ich ermächtige** 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 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.

Beitragszahler  
(Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bankinstitut

IBAN

BIC

Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

## Hinweise zur Datenverarbeitung

Sie sind für die korrekten und vollständigen Angaben in diesem Formular verantwortlich. Datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle für die Versicherungsdaten ist die Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG. Die Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG handelt gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung. Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vertragsdurchführung. Sie haben verschiedene Rechte (z.B. ein Recht auf Berichtigung Ihrer Daten), Einzelheiten hierzu sowie weitergehende Informationen erhalten Sie unter [www.flgruppe.de/datenschutz](http://www.flgruppe.de/datenschutz). Lesen Sie diese Hinweise daher bitte sorgfältig, bevor Sie am Ende des Dokumentes unterschreiben.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf der Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht nach §203 Strafgesetzbuch (im Folgenden "Schweigepflicht"). Darum benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um vor der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers.

### Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften oder einer anderen Stelle übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine aktuelle Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten sowie sonstige personenbezogene Daten für uns erheben und verwenden. In dieser Liste sind auch die übertragenen Aufgaben angegeben. (Ausführliche Informationen hierzu finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.flgruppe.de/datenschutz](http://www.flgruppe.de/datenschutz).)

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern schließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weiter-

gegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag können selbstständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Beitragszuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Vermittler können für Beratungszwecke Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. In der Regel werden Sie vor einem Wechsel durch Ihren betreuenden Vermittler über die geplante Datenweitergabe informiert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Umfang an selbstständige Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des **künftigen** Versicherungsnehmers