

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 zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses

### Angaben zur Person

Arbeitnehmer  
(versicherte Person)  
Name und Anschrift

### Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)  
Name und Anschrift

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

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