

Bitte zurücksenden an

Frankfurter Lebensversicherung AG
Postfach 1411
61284 Bad Homburg

Vertragsnummer/n

Erklärung zur betrieblichen Weiterführung Direktversicherung

Angaben zur Person

Arbeitnehmer
(versicherte Person)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Datum der
Vertragsübernahme
(durch neuen Arbeitgeber)

Diensteintrittsdatum
(beim neuen Arbeitgeber)

Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Für die Identifizierung juristischer Personen oder Personengesellschaften benötigen wir keine weiteren Unterlagen von Ihnen. Für die die Identifizierung natürlicher Personen benötigen wir Ihre Angaben:

Ich bin eine natürliche Person. 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 beigefügt.

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.

Todesfall gilt unverändert. Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Die künftige Beitragszahlung basiert ausschließlich auf Entgeltumwandlung (inkl. gesetzlichem Arbeitgeberzuschuss, 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 beiliegendem
SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

Oder, falls keine Abbuchung gewünscht wird:

Die Beiträge werden künftig ab 01. _____ überwiesen.

Ggf. Neuer Beitrag in EUR _____ (max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)

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 Versorgungsanswartschaft 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 des versicherten Arbeitnehmers

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Frankfurter Lebensversicherung AG, Postfach 1411, 61284 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fl@flgruppe.de

Bitte zurücksenden an

Frankfurter Lebensversicherung AG
Postfach 1411
61284 Bad Homburg

Vertragsführende Gesellschaft
Frankfurter Lebensversicherung AG

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE91ZZZ00000118223

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 Frankfurter Lebensversicherung AG. Die Frankfurter 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. 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 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.)

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Frankfurter 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