

**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

**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)