

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
Postfach 14 07
61284 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Frankfurter Pensionskasse
Postfach 1407
61284 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpkag@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

--

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers

Rücksendemöglichkeiten per Post: Frankfurter Pensionskasse AG, Postfach 1407, 61284 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpkag@flgruppe.de