

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
 Postfach 14 07
 61284 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

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

Vertragsnummer(n)**Erklärung zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses****(I) Erklärung des Arbeitgebers als bisheriger Versicherungsnehmer****Angaben zur Person**

Arbeitnehmer
 (versicherte Person)
 Name und Anschrift

**Angaben zum
Arbeitgeber**

(Versicherungsnehmer)
 Name und Anschrift

Betriebszugehörigkeit von
 (Bitte genaue Daten angeben)

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

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse
AG Postfach 14 07
61284 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

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

Vertragsnummer(n)**Erklärung des Arbeitnehmers zur privaten Vertragsfortführung****(II) Erklärung des Arbeitnehmers als Versicherungsnehmer****Angaben zur Person**

Arbeitnehmer
(versicherte Person)
Name und Anschrift

**Angaben zum
Arbeitgeber**

(Versicherungsnehmer)
Name und Anschrift

Erklärung des Arbeitnehmers

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

Ggf. neuer Beitrag EUR
(max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

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

Die Beiträge werden überwiesen.

Ich bin darüber informiert,

- 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.
- 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 Rückkaufswert 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: Frankfurter Pensionskasse AG, Postfach 1407, 61284 Bad Homburg

per E-Mail: anfrage.fpkag@flgruppe.de

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
 Postfach 14 07
 61284 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

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

Vertragsnummer(n)

Erklärung zur betrieblichen Weiterführung**(III) Erklärung des neuen Arbeitgebers (neuer Versicherungsnehmer)****Angaben zur Person**

Arbeitnehmer
 (versicherte Person)
 Name und Anschrift

Datum der
 Vertragsübernahme
 (durch neuen Arbeitgeber)

Diensteintrittsdatum
 (beim neuen Arbeitgeber)

--	--

**Angaben zum
 Arbeitgeber**

(Versicherungsnehmer)
 Name und Anschrift

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 BetAVG 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 Unfallbarkeit ist der Zeitpunkt der ursprünglichen Zusageerteilung maßgebend. Es kann daher auch bei Arbeitgeberfinanzierung nur ein unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt 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. Die bisher vereinbarte Bezugsrechtsverfügung im Todesfall gilt unverändert. Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

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

Oder, **falls keine Abbuchung gewünscht** wird:

- Die Beiträge werden künftig ab **01.** überwiesen.

Ggf. neuer Beitrag in EUR

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 Versorgungsanwartschaft 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.

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

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des **künftigen** Versicherungsnehmers

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

Datum, Ort

Unterschrift der versicherten Person

7. Bezugsrechtsverfügung

Alle bisherigen Bezugsrechtsverfügungen für den Todesfall und Sterbegeldverfügungen werden durch diese Erklärung ersetzt. In den übrigen Punkten bleibt die Versicherungszusage unverändert. Die Bezugs- und Sterbegeldberechtigung aller benannten Personen ist bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerruflich. Werden bei Tod der versicherten Person aus der Versicherung Leistungen fällig, so ist/sind **widerruflich** bezugsberechtigt:

- der/die zum Todeszeitpunkt mit dem Versicherten in **gültiger Ehe lebende Ehegatt*in bzw. der/die Partner*in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft**. Eine namentliche Benennung ist nicht möglich.
- falls nicht vorhanden, Ihre **Kinder** im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 1 EStG (im 1. Grade verwandte Kinder und gleichgestellte Kinder), soweit sie die Anforderungen des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 EStG erfüllen und auch im Falle des § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 EStG das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sollten die Kinder nicht mehr die Voraussetzungen des § 32 EStG erfüllen, besteht die Möglichkeit, diese als Sterbegeldberechtigte zu benennen. Diesen Kindern stehen Kinder gleich, die auf Dauer in Ihren Haushalt aufgenommen wurden und in der Versorgungsvereinbarung namentlich genannt werden, wenn sie die in den Versicherungsbedingungen genannten weiteren Leistungsvoraussetzungen erfüllen.
Hierfür ist eine gesonderte Erklärung erforderlich. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wir beraten Sie gern.
- falls nicht vorhanden, der/die aufgrund einer Erklärung (siehe nachfolgend unter II.) der versicherten Person gegenüber dem Versorgungsträger vor Eintritt des Versicherungsfalles namentlich benannte **Lebensgefährt*in / gleichgeschlechtliche Lebenspartner*in einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft**, der/die die in den Versicherungsbedingungen genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt.
Eheähnliche Lebensgemeinschaft/nicht eingetragene Lebenspartnerschaft bedeutet: Zwei Personen, zwischen denen eine Ehe rechtlich möglich wäre, leben in gemeinsamer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft.
- falls nicht vorhanden, Ihre **Enkelkinder**, wenn sie auf Dauer in Ihren Haushalt aufgenommen und versorgt werden, soweit sie die Anforderungen des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 erfüllen und auch im Falle des § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Hierfür ist eine gesonderte Erklärung erforderlich. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wir beraten Sie gern.

Mögliche zusätzliche Erklärungen

- Der/die Ehegatt*in / Partner*in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft soll nicht bezzugsberechtigt sein
- Die Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr.1 - 3 ESTG sollen an erster Stelle in der Bezugsrechtsreihenfolge gesetzt werden
- Benennung Lebensgefährt*in oder gleichgeschlechtlicher/r Lebenspartner*in einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft (erstmalige oder abändernde Benennung)

Name und Anschrift

Geburtsdatum

--	--

- Der/die namentlich benannte Lebensgefährt*in / gleichgeschlechtliche Lebenspartner*in einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft soll vor den Kindern im Sinne des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 ESTG bezzugsberechtigt sein
- Der/die bisher benannte Lebensgefährt*in / gleichgeschlechtliche Lebenspartner*in einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft soll nicht mehr bezzugsberechtigt sein

Verfügung über das Sterbegeld

Wenn keine der vorstehend genannten Personen vorhanden sind und eine Leistung als Sterbegeld gezahlt wird, ist die dem Versorgungsträger von der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer benannte sterbegeldberechtigte Person, falls nicht vorhanden, die Erben der versicherten Person leistungsberechtigt.

Sterbegeldberechtigte/
(Name und Anschrift)

Geburtsdatum

--	--

- Wenn Sie möchten, dass der/die bisher benannte/n Sterbegeldberechtigte/n nicht mehr berechtigt ist/sind, bitte hier ankreuzen

Sollten Sie die/den Sterbegeldberechtigte/n entfernen, sind die Erben der versicherten Person wieder für das Sterbegeld berechtigt.

8. Hinweise zur Datenverarbeitung

Sie sind für die korrekten und vollständigen Angaben in diesem Formular verantwortlich. Datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle für die Versicherungsdaten ist die Frankfurter Pensionskasse AG.

Die Frankfurter Pensionskasse 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.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Sie sind für die korrekten und vollständigen Angaben in diesem Formular verantwortlich. Datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle für die Versicherungsdaten ist die Frankfurter Pensionskasse AG.

Die Frankfurter Pensionskasse 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 Dokuments unterschreiben.

9. Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. 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.)

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Pro bAV Pensionskasse AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben 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 Sie Beratungszwecken 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 des Sie betreuenden Vermittlers 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

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
Postfach 14 07
61284 Bad Homburg

Vertragsführende Gesellschaft
Frankfurter Pensionskasse AG

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE70ZZZ000000286 82

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)**

Bankinstitut

IBAN

BIC

Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten per Post: Frankfurter Pensionskasse AG, Postfach 1407, 61284 Bad Homburg

per E-Mail: anfrage.fpkag@flgruppe.de