

Rücksendemöglichkeiten

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

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
 Postfach 14 07
 61284 Bad Homburg

Vertragsnummer(n)

Erklärung zur betrieblichen Weiterführung

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 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. 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.

--	--

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des **künftigen** Versicherungsnehmers

--	--

Datum, Ort

Unterschrift der versicherten Person

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

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.

Ich kann innerhalb der gesetzlichen Frist - beginnend mit dem Datum der Kontobelastung - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beitragszahler (Kontoinhaber)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
PLZ, Ort	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Bankinstitut	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
IBAN	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
BIC	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Versicherungsnehmer	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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