

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG  
Postfach 1407  
61284 Bad Homburg

**Rücksendemöglichkeiten**

per Post: Frankfurter Pensionskasse AG  
Postfach 1407  
61284 Bad Homburg  
per Email: [anfrage.fpkag@flgruppe.de](mailto:anfrage.fpkag@flgruppe.de)

**Vertragsnummer(n)**

## Erklärung des Arbeitnehmers zur privaten Vertragsfortführung

**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  **Zahlungsweise**  monatlich  vierteljährlich  
(max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)  halbjährlich  jährlich

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

Ich bin darüber informiert,

- a) 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.
- b) 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.
- Bezug von Altersruhegeld (Altersrentenbescheid anbei)

#### 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.fpk@flgruppe.de](mailto:anfrage.fpk@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 **ermächte** 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 type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Bankinstitut	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Versicherungsnehmer	<input 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](mailto:anfrage.fpkag@flgruppe.de)