

**Bayern-Versicherung**

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ein Unternehmen der Versicherungskammer

# Änderungsanzeige für Direktversicherung

# Bayern-Versicherung

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ein Unternehmen der Versicherungskammer

## Betriebliche Altersversorgung

### Änderung der Teilversicherung(en)

#### zu Direktversicherung

Bitte in Blockschrift ausfüllen (keine Stempel verwenden) und zutreffendes Kästchen ankreuzen  – Alle Beträge in Euro.

### Bitte per E-Mail an [bAV@vkb.de](mailto:bAV@vkb.de) senden oder per Post an:

Bayern-Versicherung

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

3BA04

Deisenhofener Straße 63

81539 München

Gruppenvertragsnummer (falls bekannt)

LV- - -

Teilversicherung/en

#### Arbeitgeber

Firma

Straße, Hausnummer

Sonderzeile für Adressenergänzung

Postleitzahl

Ort

#### Arbeitnehmer

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Sonderzeile für Adressenergänzung

Postleitzahl

Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
bitte führen Sie die unten angekreuzte/n Änderung/en zum 01. aus.

#### Änderungswunsch (Zutreffendes ist angekreuzt)

##### Umstellung in beitragsfreie Versicherung

Erklärung des Arbeitgebers

Umstellung in beitragsfreie Versicherung aufgrund ruhenden Arbeitsverhältnisses wegen:

- Krankheit
- Elternzeit

Umstellung in beitragsfreie Versicherung wegen:

- Sonstiges

(Hinweis: Bei Beitragsfreistellung entfällt der Versicherungsschutz aus einer eventuell bestehenden Zusatzversicherung. Falls die Beitragsfreistellung aufgrund längerer Erkrankung erfolgt, melden Sie sich bitte noch einmal bei uns. Unter Umständen besteht ein Anspruch auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit.)

Erklärung des Arbeitnehmers:

Gem. § 1a Absatz 4 Satz 1 BetrAVG kann der Arbeitnehmer bei fortbestehendem Arbeitsverhältnis, wenn er kein Entgelt erhält, den Vertrag mit eigenen Beiträgen fortsetzen. Hierdurch kann der Versicherungsschutz vollumfänglich erhalten bleiben.

- Die Beiträge werden privat eingezahlt

Bitte geben Sie für die Überweisung den Verwendungszweck und die Teilversicherungsnummer an. Die Überweisung erfolgt an Bayern-Versicherung, Bankverbindung: Bayern LB IBAN: DE03 7005 0000 0000 0240 22 / BIC: BYLADEMMXXX oder DZ Bank AG IBAN: DE07 7016 0000 0000 740 01 / BIC: GENODEFF701

#### Wiederaufnahme Beitragszahlung nach

- Krankheit

(Hinweis: Derzeit innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung möglich; Ausnahme: in den Tarifen FirmenRente FlexPro und MitarbeiterRente immer möglich)

- Elternzeit

(Hinweis Arbeitgeberfinanzierung: Derzeit innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung.

Hinweis Arbeitnehmerfinanzierung: Derzeit innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit; Ausnahme: in den Tarifen FirmenRente FlexPro und MitarbeiterRente immer möglich)

- Sonstiges

(Hinweis: Derzeit innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung möglich; Ausnahme: in den Tarifen FirmenRente FlexPro und MitarbeiterRente immer möglich)

- mit gleichem Beitrag

- mit Gesamtbeitrag Euro

davon AN-Beitrag Euro

davon gesetzlicher Arbeitgeberzuschuss Euro

davon AG-Beitrag\*\* Euro

#### Änderung des Beitrags\*

von Euro auf Euro

davon AN-Beitrag Euro

davon gesetzlicher Arbeitgeberzuschuss Euro

davon AG-Beitrag\*\* Euro

Haben Sie bis jetzt nur einen Arbeitnehmerbeitrag vereinbart und vereinbaren den Arbeitgeberbeitrag neu, benötigen wir noch die Festlegung des Bezugsrechts im Erlebensfall:

Für die Altersrente und ggf. eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente / Erwerbsunfähigkeitsrente ist bezugsberechtigt:

- widerruflich, ab gesetzlicher Unverfallbarkeit unwiderruflich die versicherte Person.

oder

- unwiderruflich ab Vertragsschluss die versicherte Person.

\*Bitte beachten Sie, dass eine Erhöhung des Gesamtbeitrags nicht für alle Tarife zulässig ist.

\*\* ggf. inklusive freiwilligen Arbeitgeberzuschüssen. Auf den Arbeitgeberbeitrag bzw. ggf. die arbeitgeberfinanzierte einmalige Zuzahlung wird die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Weiterleitung eingesparter Sozialversicherungsbeiträge gemäß § 1a Absatz 1a des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) bzw. werden anderweitige sonstige gesetzliche oder kollektivvertragliche Verpflichtungen des Arbeitgebers zur Weiterleitung der Sozialversicherungsbeiträge angerechnet.

**Änderung der Beitragszahlungsweise:**

Ich möchte meinen Beitrag zukünftig  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich zahlen.

**Änderung des Garantieniveaus:**

von  % auf  %. (Hinweis: möglich sind Garantieniveaus von 50 %, 70 % und 90 %)

**Änderung des Namens** der versicherten Person:

Name  Vorname  geboren am

**Änderung der Adresse** der versicherten Person auf:

Vollständige Anschrift

Beachten Sie bitte, dass eine Rückerstattung von ggf. zuviel gezahlten Beiträgen immer der schriftlichen Zustimmung der versicherten Person bedarf, soweit ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu deren Gunsten besteht.

Für die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und die Änderung des Beitrags oder der Beitragszahlungsweise ist die Vereinbarung einer Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich.

Die Unterzeichnung der Vereinbarung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist erfolgt. Die unterzeichnete Vereinbarung wird beim Arbeitgeber vorgehalten.

<b>Ort, Datum</b> <input type="text"/>	<b>Unterschrift des Arbeitgebers</b> <input type="text"/> X
<b>Ort, Datum</b> <input type="text"/>	<b>Unterschrift des Arbeitnehmers</b> <input type="text"/> X

Jetzt registrieren für „Mein Firmenservice“ – das Arbeitgeberportal der Versicherungskammer Bayern.

Mit unserem Kundenportal „Mein Firmenservice“ bieten wir unseren Firmenkunden digitalen Zugriff auf viele relevante Daten.