

**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
- sonstige entgeltfreie Beschäftigungszeit

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

- Elternzeit

Hinweis: Die Wiederinkraftsetzung ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit möglich.

Ab Beginn des Versicherungsvertrags in 2019: Auch für vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanzierte Verträge ist die Wiederinkraftsetzung innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit möglich.

Ab Beginn des Versicherungsvertrags in 2024: Auch für den arbeitgeberfinanzierten Vertrag ist die Wiederinkraftsetzung innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit möglich.

- sonstige entgeltlose Beschäftigungszeit (z.B. Krankheit oder Sabbatical)

Hinweis: Die Wiederinkraftsetzung nach entgeltloser Beschäftigungszeit ist innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der entgeltlosen Beschäftigung möglich.

Termin der Beendigung der entgeltlosen Beschäftigungszeit

Hinweis: wenn der gewünschte Termin der Wiederinkraftsetzung mehr als drei Monate nach Beendigung der entgeltlosen Beschäftigungszeit liegt, ist eine Wiederinkraftsetzung nur aus sonstigen Gründen möglich.

- sonstiger Grund

Hinweis- Wiederinkraftsetzung sonstiger Grund derzeit innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung möglich.

In den Tarifen FirmenRente FlexPro und Mitarbeiterrente ist die Wiederinkraftsetzung immer möglich.

- mit gleichem Beitrag

davon AN-Beitrag Euro

- mit Gesamtbeitrag 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.

### Beantragung einer Zuzahlung

(für Tarife FirmenRente, FirmenRente Garant, FirmenRente FlexVario, FirmenRente WachstumGarant, FirmenRente FlexPro und MitarbeiterRente)

Zuzahlungsbetrag  Euro\*

davon AN-Beitrag  Euro

davon gesetzlicher Arbeitgeberzuschuss  Euro

davon AG-Beitrag  Euro

\* Einmal pro Monat, mindestens 100 Euro, maximal steuerlicher Freibetrag gemäß § 3 Nr. 63 EStG abzüglich der pro Kalenderjahr zu leistenden Beiträge; Ausnahme bei Mitarbeiterrente maximal 960 Euro abzüglich der pro Kalenderjahr zu leistenden Beiträge ; maximal bis 5 Jahre vor dem voraussichtlichen Rentenzahlungsbeginn

Wenn Sie die Beiträge an uns überweisen, überweisen Sie uns bitte auch die Zuzahlung. Sofern wir die Beiträge per SEPA - Lastschriftmandat einziehen, werden wir auch die Zuzahlung von Ihrem Konto einziehen.

### Änderung der Beitragszahlungsweise:

(nur für künftige Beiträge und nur in den Tarifen FlexVario und FlexPro ab dem Tarifwerk 2022)

Ich möchte meinen Beitrag zukünftig  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich zahlen.

### Änderung des Garantieniveaus:

von  % auf  %. (nur für künftige Beiträge und nur in den Tarifen FlexVario und FlexPro ab dem Tarifwerk 2022)

### 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

X

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

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.