An die
Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Warngauer Straße 30
81539 München

Auszahlung von Versorgungsleistungen

Angaben zur versicherten Person:

Name, Vorname, Wohnanschrift:

Teilversicherungs-Nr.: Steueridentifikationsnummer:

Die Leistung soll ab ausgezahlt werden.

Überschusssystem der Rentenzahlung:
(bei Rententarif und falls nicht das Kapitalwahlrecht ausgeübt wird)

☐ Bonusrente ☐ Überschussrente

Alternativ:

☐ Kapitalabfindung zum Leistungszeitpunkt

Angaben zur Krankenkasse (Meldepflicht gemäß § 202 SGB V)

☐ Es besteht ausschließlich eine private Krankenversicherung.
☐ Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- bzw. Ersatzkasse.

Name und Anschrift der Krankenkasse

Sozialversicherungsnummer

Wichtig für den Beitragssatz zur Pflegeversicherung (falls gesetzlich versichert und nur relevant bei Leistung in Form von Rente):
Haben oder hatten Sie Kinder (leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder), so fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis (Kopie der Geburtsurkunde, des Familienbuchs, o.ä.) bei. Außerdem bitten wir Sie uns mitzuteilen, ob Sie Grundsicherung beziehen und/oder ob Sie sich im Wehr-/oder Zivildienst befinden.

☐ Ich beziehe Grundsicherung
☐ Ich befinde mich derzeit im Wehr-/Zivildienst

Hinweis:
Soweit der Vertrag auf den Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis übertragen wurde und er deshalb nicht nur versicherte Person, sondern auch Versicherungsnehmer ist, benötigen wir im Falle eines beitragsfreien Vertrages für die Bearbeitung der Auszahlung deutlich lesbare Kopie Ihres gültigen Ausweisdokuments. Dabei handelt es sich um Personalausweis, Reisepass oder elektronischen Aufenthaltstitel.

Reset Form

32 70 39; 05/26 ek

Bitte überweisen Sie die Leistungen auf mein unten genanntes Konto.

Bank-Institut:

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Reset Form