

An die
Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
3BA04
Deisenhofener Straße 63
81539 München

Auszahlung von Versorgungsleistungen

Angaben zur versicherten Person:

Name, Vorname, Wohnanschrift:

Teilversicherungs-Nr.: _____ Steueridentifikationsnummer: _____

Die Leistung soll ab _____ ausgezahlt werden.

Überschussystem 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 bei der Krankenkasse

Wichtig für den Beitragssatz zur Pflegeversicherung (bei Rentenleistungen):

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.

Bitte überweisen Sie die Leistungen auf mein unten genanntes Konto.

Bank-Institut: _____

IBAN

D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC

| | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber