



Direktversicherung

Vereinbarung zur Übertragung
der Versicherungsnehmerstellung/
Abmeldung ausgeschiedener
Mitarbeiter



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/ Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des bisherigen Arbeitgebers

Bitte senden an:

Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg
10913 Berlin

Gruppenvertragsnummer

Teilversicherungsnummer

Arbeitgeber

Arbeitnehmer

Anschrift des Arbeitnehmers

Die Beiträge an die Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg sind gezahlt bis zum _____.

Bei Arbeitgeberfinanzierung: Über den Dienstaustritt hinaus geleistete Beitragsteile sollen zurück überwiesen werden.

Betriebszugehörigkeit von _____ bis _____ (Bitte genaue Daten angeben.)

Erklärung des Arbeitgebers als bisheriger Versicherungsnehmer

Als bisheriger Versicherungsnehmer erklären wir unser Einverständnis, dass die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den oben genannten Arbeitnehmer bzw. auf dessen neuen Arbeitgeber **übertragen** wird. Wir erklären hiermit unseren Verzicht auf sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag. Der Teilversicherungsschein befindet sich bereits im Besitz des Arbeitnehmers. Sofern die Versicherung auf den Arbeitnehmer übertragen wird, erklären wir bereits jetzt unser Einverständnis, dass als Altersleistung statt einer Rentenzahlung eine einmalige Kapitalzahlung erfolgen kann. Sofern die Versicherung auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird, übertragen wir die zugehörige arbeitsrechtliche Versorgungszusage auf den neuen Arbeitgeber (§ 4 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG). Sofern das Erlebensfallbezugsrecht bisher widerruflich ist, wird der versicherten Person ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt.

Es handelt sich um eine arbeitgeberfinanzierte Versorgung, die Versicherungsnehmer-Eigenschaft bleibt bei uns. Die Versicherung soll zum angegebenen Austrittstermin in eine **beitragsfreie** Versicherung umgewandelt werden. Soweit die Anwartschaft zum Austrittszeitpunkt verfallbar ist und ein widerrufliches Bezugsrecht besteht, wird dieses ausdrücklich widerrufen. Bei bilanzierenden Unternehmen ist der Wert der Versicherung gegebenenfalls zum Bilanzstichtag zu aktivieren.

Es handelt sich um eine Versorgung mit verfallbarer Anwartschaft. Hiermit kündigen wir die Versicherung zum angegebenen Austrittstermin.

Bitte überweisen Sie den Rückkaufswert auf unser Konto:

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers und ggf. Firmenstempel



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/ Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des ausgeschiedenen Mitarbeiters – Teil 1 von 3

Bitte senden an:

Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg
10913 Berlin

Arbeitnehmerdaten

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname*

Meldeadresse lt. Ausweis*

Geburtsdatum*

Geburtsort*

Geburtsland*

Staatsangehörigkeit*

weitere Staatsangehörigkeit

1. Erklärung des Arbeitnehmers

- Ich übernehme die Versicherung als Versicherungsnehmer. Den Teilversicherungsschein habe ich bereits erhalten. Die Versicherung soll **beitragspflichtig** bestehen bleiben.
- Der vereinbarte Beitrag bleibt gleich.
- Der vereinbarte Beitrag reduziert sich auf _____ Euro.

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 die Leistungen aus einer betrieblichen Altersvorsorge der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung unterliegen. Nur die aus Beiträgen in der privaten Fortführung resultierenden Leistungen unterliegen nicht der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung, soweit ich im Zeitpunkt der Zahlung auch die Versicherungsnehmerstellung inne hatte.
- b) dass für die im Rahmen der privaten Fortführung des Vertrages gezahlten Beiträge keine Einstandspflicht des Arbeitgebers für die Erfüllung der von ihm zugesagten Leistungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) besteht.
- c) dass für die aus privater Beitragszahlung herrührenden Anwartschaften und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag kein gesetzlicher Insolvenzschutz über den Pensions Sicherungs Verein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) besteht. Der gesetzliche Insolvenzschutz über Protektor Lebensversicherung AG (<http://www.protektor-ag.de>) greift indes auch für Anwartschaften und Ansprüche aus privater Beitragszahlung.
- d) dass kollektive Vergünstigungen, soweit solche mit dem bisherigen Arbeitgeber vereinbart waren, entfallen. Dadurch können sich verringerte Leistungen ergeben.

- Ich übernehme die Versicherung als Versicherungsnehmer. Den Teilversicherungsschein habe ich bereits erhalten. Die Versicherung soll zum nächstmöglichen Termin in eine **beitragsfreie** Versicherung umgewandelt werden; kollektive Vergünstigungen entfallen. Dadurch können sich verringerte Leistungen ergeben.

- Die Versicherung soll ab _____ auf meinen **neuen Arbeitgeber übertragen** werden. Kollektive Vergünstigungen, soweit solche mit dem bisherigen Arbeitgeber vereinbart waren, entfallen, wenn solche beim neuen Arbeitgeber nicht bestehen oder vereinbart werden können. Dadurch können sich verringerte Leistungen ergeben.

*Pflichtangabe



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/ Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des ausgeschiedenen Mitarbeiters – Teil 2 von 3

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname

2. SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

(Die Erklärung ist nur bei beitragspflichtiger Übernahme des Vertrages durch die versicherte Person erforderlich, nicht bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber und nur soweit die Beiträge per SEPA-Lastschrift eingezogen werden sollen)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die unten stehende Gesellschaft, Zahlungen für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von dieser Gesellschaft auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte/Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

IBAN BIC

Kreditinstitut

Sofern die Beiträge von meinem/unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Ort, Datum Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

Ihre Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer

Versicherungsnummer

Abrechnungsgruppennummer (für Gruppenversicherungen)

(Bitte ggf. bestehende Abrechnungsgruppennummer eintragen)

Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft
Öffentliche Leben Berlin Brandenburg
10913 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE13KBE00002058560

Die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten haben wir gespeichert.
Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/ Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des ausgeschiedenen Mitarbeiters – Teil 3 von 3

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname

3. Erklärung des Arbeitnehmers zum Geldwäschegesetz

(Die Erklärung ist nicht erforderlich bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber)

Im Rahmen des Geldwäschegesetzes sind wir verpflichtet, die Identität unseres Vertragspartners als auch der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Personen zu überprüfen und ggf. wirtschaftlich Berechtigte zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich jede Person, die die Transaktion letztendlich veranlasst hat oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztendlich steht. Es kann zu einem Vertrag auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben (z.B. abweichender Beitragszahler, Abtretungsgläubiger).

Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten des Vertragspartners

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) sind wir verpflichtet, die Identität sowohl unseres Vertragspartners als auch der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Personen und ggf. wirtschaftlich Berechtigten des Vertragspartners festzustellen und zu überprüfen. Zu diesem Zweck vorgelegte Nachweise und Ausweisdokumente sind zu archivieren. Hierbei haben Sie nach § 11 Absatz 6 GwG als Vertragspartner gesetzliche Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten.

Der Vertragspartner hat dem Versicherungsunternehmen hierfür alle benötigten Informationen offenzulegen, insbesondere ob er die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen will und alle sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich anzuzeigen.

Dies umfasst z.B. die Offenlegung von abweichenden Beitragszahlern, Abtretungsgläubigern (ausgenommen Banken) und Treuhändern ebenso wie Namens- oder Adressänderungen, Umfirmierungen, Änderungen der Eigentums- oder Kontrollstruktur bzw. wirtschaftlich Berechtigten.

Bei Verstößen gegen die Offenlegungspflicht hat das Versicherungsunternehmen i.d.R. diesen Sachverhalt unabhängig vom Wert der Transaktionshöhe unverzüglich der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen zu melden (§ 43 GwG).

Identifizierung des Vertragspartners

- Bitte fügen Sie uns zur Identifizierung des Vertragspartners eine **beglaubigte** Ausweiskopie bei, oder identifizieren Sie sich über einen unserer Betreuer bzw. Vermittler. (Voraussetzung: Die Beiträge werden vom Versicherungsnehmer bezahlt).
- entfällt, da beitragsfreie Fortführung (nur wenn die Arbeitnehmerdaten oben vollständig ausgefüllt sind).*

Identifizierung von ggf. wirtschaftlich Berechtigten

- Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf eigene Veranlassung und im eigenen wirtschaftlichen Interesse des Vertragspartners. Dieser wurde nicht von Dritten beauftragt.
- Wenn nicht: Veranlassung durch
Name, Vorname

Meldeadresse lt. Ausweis

Geburtsdatum **Geburtsort** **Geburtsland** **Staatsangehörigkeit**

Beruf **Branche**

Beziehung zum Vertragspartner

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt (Kurzer Bericht):

4. Hinweis für die durch Entgeltumwandlung finanzierte oder gesetzlich unverfallbare Versicherung:

Eine Kündigung des Vertrages durch den Arbeitnehmer ist nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis gemäß den Bestimmungen des Betriebsrentengesetzes nicht möglich, der Vertrag kann aber beitragsfrei gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers/Versicherungsnehmers

* Voraussetzung ist, dass die mit * gekennzeichneten Pflichtangaben auf Seite 3 der Erklärung vollständig ausgefüllt sind.



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des neuen Arbeitgebers (nur bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber) – Teil 1 von 4

Bitte senden an:

Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg
10913 Berlin

Teilversicherungsnummer _____

Name/Vorname Arbeitnehmer _____

Name und Firmensitz des Arbeitgebers und neuen Versicherungsnehmers

Rechtsform _____

Registernummer _____

Firmeneintrittsdatum des Arbeitnehmers _____ Übertragungstermin _____

Falls bereits ein Gruppenvertrag mit der Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg besteht:

Versorgungsvertragsnummer _____

(Gruppenvertrags- oder Rahmenvertragsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die unten stehenden Gesellschaften, Zahlungen für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von diesen Gesellschaften auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte/Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Ort _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Sofern die Beiträge von meinem/unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) _____

Ihre Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer

Versicherungsnummer

Abrechnungsgruppennummer (für Gruppenversicherungen)

(Bitte ggf. bestehende Abrechnungsgruppennummer eintragen)

Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft
Öffentliche Leben Berlin Brandenburg
10913 Berlin

ISU e. V.
Rosenheimer Landstraße 35, 85521 Ottobrunn
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE37ISU00000238699

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE13KBE00002058560

Die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten haben wir gespeichert.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des neuen Arbeitgebers (nur bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber) – Teil 2 von 4

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname Arbeitnehmer

Erklärung des neuen Arbeitgebers zum Geldwäschegesetz

Im Rahmen des Geldwäschegesetzes sind wir verpflichtet, die Identität unseres Vertragspartners als auch der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Personen zu überprüfen und ggf. wirtschaftlich Berechtigte zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich jede Person, die die Transaktion letztendlich veranlasst hat oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztendlich steht. Es kann zu einem Vertrag auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben (z.B. abweichender Beitragszahler, Abtretungsgläubiger).

Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten des Vertragspartners

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) sind wir verpflichtet, die Identität sowohl unseres Vertragspartners als auch der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Personen und ggf. wirtschaftlich Berechtigten des Vertragspartners festzustellen und zu überprüfen. Zu diesem Zweck vorgelegte Nachweise und Ausweisdokumente sind zu archivieren. Hierbei haben Sie nach § 11 Absatz 6 GwG als Vertragspartner gesetzliche Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten.

Der Vertragspartner hat dem Versicherungsunternehmen hierfür alle benötigten Informationen offenzulegen, insbesondere ob er die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen will und alle sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich anzuzeigen.

Dies umfasst z.B. die Offenlegung von abweichenden Beitragszahlern, Abtretungsgläubigern (ausgenommen Banken) und Treuhändern ebenso wie Namens- oder Adressänderungen, Umfirmierungen, Änderungen der Eigentums- oder Kontrollstruktur bzw. wirtschaftlich Berechtigten.

Bei Verstößen gegen die Offenlegungspflicht hat das Versicherungsunternehmen i.d.R. diesen Sachverhalt unabhängig vom Wert der Transaktionshöhe unverzüglich der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen zu melden (§ 43 GwG).

1. Identifizierung des Vertragspartners

Die Feststellung der Identität erfolgt über die oben gemachten Angaben.

2. Überprüfung der Identität des Vertragspartners

Bitte reichen Sie uns zur Überprüfung der Identität des Vertragspartners folgende Unterlagen ein:

- für juristische Personen einen Registerauszug oder Gründungsdokumente (Bei mehrstufiger Struktur bitte alle Registerauszüge einreichen).
- für natürliche Personen eine deutlich lesbare Kopie des Personalausweises oder Passes.

3. Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten

Bei der Direktversicherung ist grundsätzlich die versicherte Person wirtschaftlich Berechtigter. Die Feststellung der Identität erfolgt über die für die versicherte Person vorliegenden Angaben.

Die Beiträge werden wie folgt aufgebracht:

- arbeitgeberfinanzierte Beiträge in Höhe von _____ Euro.
- arbeitnehmerfinanzierte Beiträge in Höhe von _____ Euro.
- arbeitgeberfinanzierte Beiträge _____ Euro und arbeitnehmerfinanzierte Beiträge _____ Euro.
- gesetzlicher Arbeitgeberzuschuss in Höhe von _____ Euro.

In den Versicherungsvertrag mit der Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg treten wir mit allen Rechten und Pflichten als Versicherungsnehmer ein und übernehmen ab dem oben genannten Übertragungstermin auch die Beitragszahlung. Zugleich übernehmen wir die zugehörige arbeitsrechtliche Versorgungszusage des bisherigen Arbeitgebers (§ 4 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG).

Sofern Beiträge nach § 40 b EStG zugewendet werden, gilt folgende Regelung:

Es wird unwiderruflich vereinbart, dass während der Dauer des Dienstverhältnisses eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zu dem Zeitpunkt, in dem der versicherte Arbeitnehmer sein 59. Lebensjahr vollendet, insoweit ausgeschlossen sind, wie die Beiträge vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) entrichtet worden sind.

Die Abtretung oder Beleihung eines dem Arbeitnehmer eingeräumten unwiderruflichen Bezugsrechtes ist ausgeschlossen.

Sofern Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG zugewendet werden, gilt folgende Regelung:

Die Abtretung von Rechten, Forderungen und Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sowie deren Verpfändung oder Beleihung durch die Bezugsberechtigten ist ausgeschlossen.



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des neuen Arbeitgebers (nur bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber) – Teil 3 von 4

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname Arbeitnehmer

Bezugsrecht

Unwiderruflich bezugsberechtigt für alle Versicherungsleistungen ist die versicherte Person.

- Die Rente bzw. Kapitalabfindung und die Rente aus einer ggf. eingeschlossenen BUZ wird an die versicherte Person gezahlt.

Die Leistungen im Todesfall werden in nachstehender Rangfolge ausgezahlt.

- den mit der versicherten Person bei Tod in gültiger Ehe lebenden Ehegatten oder den mit der versicherten Person bei Tod in gültiger Lebenspartnerschaft lebenden Lebenspartner.
- die Kinder der versicherten Person im Sinne des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 bis 3 EStG zu gleichen Teilen.

Sind ein anspruchsberechtigter Ehegatte bzw. anspruchsberechtigte Kinder nicht vorhanden, tritt an deren Stelle:

- der mit Namen, Geburtsdatum und Anschrift benannte, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebende nichteheliche Lebensgefährte.

Benennung des nichtehelichen Lebensgefährten der versicherten Person:

Name, Vorname

geboren am

Vollständige Anschrift

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, Änderungen der nichtehelichen Lebensgemeinschaft dem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Der Arbeitgeber gibt die Änderung unverzüglich an die Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg weiter

oder bei einem Vertrag nach § 40 b EStG für den Todesfall

Name, Vorname

Geburtsdatum

Übertragung der Versicherungsnehmerstellung bei Entgeltumwandlung

Scheidet die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles aus den Diensten des Versicherungsnehmers aus, geht die Versicherungsnehmerstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens auf die versicherte Person über.

Bestätigung zur Entgeltumwandlungsvereinbarung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung

Die Vereinbarung zur Entgeltumwandlung wurde dem Versicherungsnehmer ausgehändigt. Die Unterzeichnung der Vereinbarung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist erfolgt. Die unterzeichnete Vereinbarung wird beim Arbeitgeber vorgehalten.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch folgende Hinweise:

1. Bemessungsgrundlage bei Entgeltumwandlung

Bei Gehaltserhöhungen und bei der Bemessung gehaltsabhängiger Leistungen, wie Weihnachtsgratifikation, Jubiläumsgeld, Pensionsanspruch, Zuschläge, bleiben die ungeminderten Gesamtbezüge maßgebend, soweit nicht eine vorrangige anderslautende tarifvertragliche Regelung gilt. Nach Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer wird dem zu zahlenden Gehalt der Versicherungsbeitrag in zuletzt maßgeblicher Höhe wieder hinzugerechnet.

Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass sich infolge der Entgeltumwandlung

- aus einer Minderung des beitragspflichtigen Entgelts in der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung eine entsprechende Minderung der Leistungsansprüche ergibt
 - grundsätzlich auch die Bemessungsgrundlage von sonstigen Ansprüchen, die vom Nettoarbeitsentgelt oder dem beitragspflichtigen Entgelt des Arbeitnehmers abhängig sind, verringert.
-



Vereinbarung zur Übertragung der Versicherungsnehmerstellung/Abmeldung ausgeschiedener Mitarbeiter Erklärung des neuen Arbeitgebers (nur bei Übertragung auf den neuen Arbeitgeber) – Teil 4 von 4

Teilversicherungsnummer

Name/Vorname Arbeitnehmer

2. Wichtiger Hinweis

Die Verteilung der Abschlusskosten erfolgt nach Maßgabe des § 169 VVG, hierbei werden die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbeträge berücksichtigt. Trotz dieser Mindestbeträge können in der Anfangszeit der Versicherung keine oder nur geringe Rückkaufswerte bzw. keine oder nur geringe beitragsfreie Versicherungsleistungen vorhanden sein. Im Falle einer Kündigung wird ein Abzug (§ 169 Abs. 5 VVG) vorgenommen.

Sofern die Umwandlungsbeträge in eine vor dem 01.01.2008 abgeschlossene Direktversicherung eingebracht werden (z.B. bei Arbeitgeberwechsel), sind die durch den Abschluss entstehenden Kosten bei der Kalkulation des Versicherungsbeitrags berücksichtigt; Teile der ersten Beiträge werden zur Tilgung der Abschlusskosten herangezogen (sog. Zillmerung). Im Falle einer Beitragsfreistellung oder einer Kündigung wird der Rückkaufswert bzw. die beitragsfreie versicherte Leistung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnet, wobei ein Abzug (§ 169 Abs. 5 VVG) erfolgt. Dies hat zur Folge, dass im Falle der Beitragsfreistellung, einer bei Arbeitgeberwechsel vorzunehmenden Kapitalübertragung oder einer Kündigung in den ersten Jahren der Vertragslaufzeit kein bzw. – im Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen – nur ein geringes Deckungskapital vorhanden sein kann.

Die betriebliche Altersversorgung des Arbeitgebers ist in beiden Fällen in jedem Stadium des Versorgungsverhältnisses auf den jeweiligen Wert bzw. auf die jeweilige Leistung aus der Versicherung begrenzt. Bei Wahl des Tarifs ARP, FARDV oder des Tarifs FARIS ist darüber hinaus zu beachten, dass die Höhe der lebenslangen Rente erst bei Beginn der Rentenzahlung aus dem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Deckungskapital und zugeteilten Überschussguthaben unter Verwendung der Rechnungsgrundlagen, die bei Beginn der Rentenzahlung für Neuabschlüsse vergleichbarer Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung gelten, berechnet wird. Das Deckungskapital wird bei Tarif ARP, FARDV oder bei Tarif FARIS nicht mit einem festen, sondern mit einem vertragseigenen Rechnungszins berechnet. Dieser beträgt anfangs jährlich höchstens 0,9 % und ist für jeden Monat so festgelegt, dass mindestens die Summe der vereinbarten Beiträge zum voraussichtlichen Rentenzahlungsbeginn zur Bildung einer Rente zur Verfügung steht.

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

Der Text beruht auf der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung für Lebens- und Krankenversicherung, die im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt wurde.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung der Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützter Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter des Versicherers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Versicherungskammer Versicherungsgemeinschaft Öffentliche Leben Berlin Brandenburg Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des Versicherers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

4. Hinweis bezüglich Ihrer Firmendaten

Die Mitarbeiter, für die dieser Gruppenvertrag zur betrieblichen Altersversorgung mit Ihrem Unternehmen vereinbart wurde, können von verschiedenen Vertriebspartnern der VKB betreut werden. Um Ihre Mitarbeiter umfassend und richtig beim Abschluss eines Einzelvertrags beraten zu können, benötigen die Vertriebspartner die mit Ihrem Unternehmen vereinbarten Konditionen (Firmendaten, Ansprechpartner, Durchführungsweg, Gruppentarif, Haupttarif, Zusatztarif, Insbesondere die Höhe des gewährten Arbeitgeberzuschusses zur Entgeltumwandlung sowie zu den vermögenswirksamen Leistungen (VL) und die VL-Leistung insgesamt). Wir bzw. der vermittelnde Vertriebspartner stellen deshalb die Konditionen in eine zentrale Datenbank, auf die alle Vermittler des Konzerns VK Zugriff haben und aus der sie die für den Abschluss erforderlichen Daten abrufen können.

Ort, Datum

Unterschrift des künftigen Versicherungsnehmers und ggf. Firmenstempel

Übersicht Dienstleister

zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken-, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)

Bitte beachten Sie: Jeder dieser Dienstleister erhält personenbezogene Daten nur dann, wenn dies zur Erfüllung der übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Andernfalls findet keine Datenübermittlung statt.

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherungskammer Bayern ▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts ▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG ▪ Bayerischer Versicherungsverband ▪ Versicherungsaktiengesellschaft ▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG ▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG ▪ Union Krankenversicherung AG ▪ Union Reiseversicherung AG ▪ Versicherungskammer Bayern Konzern ▪ Rückversicherung AG ▪ SAARLAND Feuerversicherung AG ▪ SAARLAND Lebensversicherung AG ▪ Feuerversozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG ▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH 	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Versicherungskammer ▪ Maklermanagement Kranken GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH 	Kunden- und Vertriebsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH 	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel GmbH 	Service-Center (z. B. für telefonische Auskünfte)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH 	Policierung und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH 	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen 	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVATO AG 	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH 	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardiff Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden

Stand: 01.01.2018

**Versicherungskammer
Versicherungsgemeinschaft
Öffentliche Leben Berlin Brandenburg**
vertreten durch Bayern-Versicherung
Lebensversicherung AG
10913 Berlin
Telefon +49 30 2633-444
Telefax +49 30 2633-140115
www.feuersozietat.de
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand der Bayern-Versicherung
Lebensversicherung AG:
Dr. Frank Walthes (Vorsitzender),
Barbara Schick (stellvertretende Vorsitzende),
Dr. Robert Heene, Klaus G. Leyh,
Isabella Pfaller, Dr. Stephan Spieleder
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Ulrich Reuter
Handelsregister: AG München HRB 123 660
Sitz: München
Gläubiger-ID: DE13KBE00002058560

Konten: Berliner Sparkasse
IBAN DE10 1005 0000 0399 2187 00
BIC BELADEBEXXX
Mittelbrandenburgische Sparkasse
IBAN DE91 1605 0000 1000 7848 74
BIC WELADED1PMB
Sparkasse Spree-Neiße
IBAN DE03 1805 0000 0190 0680 94
BIC WELADED1CBN
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE129275125

Ein Unternehmen der Versicherungskammer
Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik
Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.