

Meldeformular – Leistungsfall vom ARBEITGEBER auszufüllen

Bitte verwenden Sie pro Rückdeckungsversicherung ein neues Formular. Vielen Dank.

Allgemeine Daten

Arbeitgeber/Trägerunternehmen		
Kennziffer des Mitarbeiters	Name, Vorname des Mitarbeiters	
Anschrift des Mitarbeiters Straße	PLZ	Ort

Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Art des Leistungsfalls	<input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Tod
Datum des Leistungsfalls	<input type="text"/>
Ausscheidatum zum	<input type="text"/>
letzter Beitrag gezahlt am	<input type="text"/>

Beigefügte Dokumente – Kopie (nicht beglaubigt) genügt Rentenbescheid Sterbeurkunde Erbschein

Hinweis: Bitte fügen Sie bei Altersleistungen und bei Berufsunfähigkeit einen Rentenbescheid bei; im Todesfall Sterbeurkunde und ggf. Erbschein bei versorgungsberechtigten Kindern. Sofern Ihnen diese Unterlagen nicht vorliegen, würden wir sie ggf. nachfordern. Bitte leiten Sie in diesem Fall das Formular zeitnah weiter.

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen

Herr/Frau	
Telefon	E-Mail

Wir bestätigen, dass die vorstehend gemachten Angaben richtig sind.

Datum	Firmenstempel, Unterschrift
-------	-----------------------------

Bitte leiten Sie das Formular ausgefüllt an Ihren Vermittler/Öffentlichen Versicherer weiter.

Meldeformular – Leistungsfall vom ÖFFENTLICHEN VERSICHERER auszufüllen

Bitte verwenden Sie pro Rückdeckungsversicherung ein neues Formular und leiten es zusammen mit der Meldung des Arbeitgebers ausgefüllt an die ÖBAV weiter. Vielen Dank.

Daten zur Rückdeckungsversicherung

Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Name, Vorname des Mitarbeiters	
<input type="text"/>	
Beitrag bis einschließlich gezahlt	Datum 30./31.

Als Versicherungswerte sind jeweils die Gesamtleistungen inklusive etwaiger Bonusguthaben und Beitragsrückerstattungen anzugeben (bei Angabe von Rentenleistungen sind diese zu verrechten).

Erlebensfall

Sofern die Beiträge bis zu einem Zeitpunkt nach dem Berechnungstermin gezahlt sind, sind die Beiträge ab Berechnungstermin zu erstatten oder leistungserhöhend zu verwenden.

Kapitalleistung/-abfindung bzw. Rückkaufswert inkl. Überschüsse soweit garantiert

1. zum nächsten Monatsersten nach Ausscheiden beim Arbeitgeber	<input type="text"/>	EUR
2. zum regulären Ablauf der Rückdeckungsversicherung	<input type="text"/>	EUR
3. zum 15.01. des Jahres nach Ablauf der Rückdeckungsversicherung(*)	<input type="text"/>	EUR

(*) nur soweit nicht identisch mit 2., da nach Ablauf noch eine Verzinsung erfolgt

Rentenleistung (bei Rentenversicherungen zwingend anzugeben) Altersrente inkl. Überschüsse soweit garantiert und verrentetem Bonusguthaben beträgt

1. zum nächsten Monatsersten nach Ausscheiden beim Arbeitgeber	<input type="text"/>	EUR
2. zum regulären Ablauf der Rückdeckungsversicherung	<input type="text"/>	EUR

Rentenzahlweise monatlich jährlich jährlich

Todesfall

„Witwen-/Witwerrente“

Todesfallkapital inkl. Überschüsse zum	<input type="text"/>	beträgt	<input type="text"/>	EUR
Gesamtwitwen-/witwerrente zum	<input type="text"/>	beträgt	<input type="text"/>	EUR

Rentenzahlweise monatlich jährlich jährlich

„Waisenrente“ (nur ausfüllen, wenn zusätzlich zur „Witwen-/Witwerrente“ vorhanden)

Todesfallkapital inkl. Überschüsse zum	<input type="text"/>	beträgt	<input type="text"/>	EUR
Gesamtwaisenrente zum	<input type="text"/>	beträgt	<input type="text"/>	EUR

Rentenzahlweise monatlich jährlich jährlich

Hinweis: Die Kapitalabfindung einer Hinterbliebenenrente stellt Todesfallkapital dar. Bei Waisenrente bitte gesonderte Angabe der Kapitalabfindung aus der Waisenrente.

Berufsunfähigkeit / Erwerbsminderung

Einschluss BUZ BUZ – „B“ BUZ – „BR“

Hinweis: Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ist im BU-Fall die BU-Leistungsprüfung mit Beschaffung der erforderlichen Unterlagen einzuleiten.

Ist keine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in der Rückdeckungsversicherung enthalten, so sind der Rückkaufswert zum nächsten Monatsersten nach Ausscheiden beim Arbeitgeber (bzw. nach Eintritt des Leistungsfalls bei bereits vor Eintritt des Leistungsfalls ausgeschiedenen Arbeitnehmern) sowie die Versicherungsleistungen zum Ablauf unter der Annahme der Beitragsfreistellung anzugeben (siehe Erlebensfall).

Datum	OV: Name des Sachbearbeiters	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>