

# Bayern-Versicherung

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ein Unternehmen der Versicherungskammer

## Ausgeschiedener Mitarbeiter

# Erklärung des bisherigen Arbeitgebers

Bitte senden an:

Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG

Deisenhofener Straße 63

81539 München

Gruppenvertragsnummer

Teilversicherungsnummer

Arbeitgeber

Arbeitnehmer

E-Mail-Adresse Arbeitgeber

Anschrift des Arbeitnehmers

Die Beiträge an die Bayern-Versicherung sind gezahlt bis zum .

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

Betriebszugehörigkeit von  bis  (TT.MM.JJJJ)

### 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