

Um Rückfragen und dadurch entstehende Verzögerungen zu vermeiden, prüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen beantwortet sind. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Abmeldung zum Vertrag

(Hinweise zum Thema „Abmeldungen“ entnehmen Sie bitte den Vertragsvereinbarungen)

Angaben zur versicherten Person:

Versicherungsnummer(n): _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tagsüber zu erreichen unter Telefon: _____ Mobil: _____

Angaben zum Ausscheiden (Zeitpunkt und Grund):

Ausscheidetermin: _____ Dienst Eintrittsdatum: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kündigung des Arbeitsvertrags | <input type="checkbox"/> Bezug von Altersruhegeld |
| <input type="checkbox"/> Bezug von Erwerbsminderungs-/ Berufsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Die versicherte Person befindet sich im vorzeitigen Ruhestand und nimmt die Versicherungsleistung, sofern in der Zusage vereinbart, unabhängig vom Bezug der gesetzlichen Altersrente in Anspruch. | |

Angaben zur Beitragszahlung:

Der letzte Versicherungsbeitrag wurde bzw. wird am _____ in Höhe von _____ EUR durch uns bezahlt.

Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir

- keine Ansprüche Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

Angaben zur Weiterführung/vorzeitigen Auflösung:

- Einer Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person zur Weiterführung als Einzelversicherung oder einem Nachfolgearbeitgeber stimmen wir zu.

Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt bei einem neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmen wir auch der Übernahme der von uns erteilten Versorgungszusage zu.

Ist das Arbeitsverhältnis beendet und werden keine Beiträge mehr eingezahlt, stimmen wir zu, dass die Versicherung abgefunden werden kann, sofern keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

- Die Versicherung(en) soll(en) aufgehoben werden; ggf. vorhandene Versicherungswerte sind (nur ankreuzen, wenn noch keine unverfallbaren Anwartschaften vorliegen)

- zu überweisen auf

IBAN: _____ Inhaber: _____

BIC: _____ Bankinstitut: _____

- dem Gruppenvertrag gutzuschreiben.

Erklärung zur versicherungsförmigen Lösung / Anspruchsbegrenzung¹

Wir erklären hiermit Ihnen als Versorgungsträger gegenüber das Verlangen der versicherungsförmigen Lösung (§ 2 Abs. 2 Satz 2 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)). Die Ansprüche aus der Versicherungs-/Versorgungszusage sind wie folgt begrenzt:

Bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage auf die Leistungen, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

Bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung auf das der versicherten Person aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital, mindestens auf die Summe der bis dahin zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden (§ 2 Abs. 6 BetrAVG).

Für Rückfragen:

Ansprechpartner und Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

¹ Diese Erklärung ist jedenfalls bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zum Ausscheiden des Arbeitnehmers – spätestens drei Monate danach – gegenüber uns sowie gegenüber dem Arbeitnehmer abzugeben. Ein Muster für eine Erklärung gegenüber Ihrem Arbeitnehmer finden Sie auf der Rückseite.

Erklärung der versicherten Person:

Vertragsnummer(n): _____

Betriebliche Weiterführung:

Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versicherung.

Name: _____

Anschrift: _____

Es besteht folgender Gruppenvertrag (Nr., Gesellschaft): _____

Private Weiterführung:

Ich übernehme die Versicherungsnehmereigenschaft und beantrage, die Versicherung wie folgt weiterzuführen:

Beitragspflichtig

Die besonderen Konditionen des bisherigen Arbeitgebers entfallen.

Hinweis:

Die Unterlagen zur Weiterführung Ihrer Versicherung erhalten Sie in einem separaten Schreiben.

Beitragsfrei

Mit Einstellung der Beitragszahlung verringert sich der Versicherungsschutz auf die garantierte Leistung nach Beitragsfreistellung.

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers

Name des Mitarbeiters

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Erklärung der Anspruchsbegrenzung gegenüber dem Arbeitnehmer

Versicherungsnummer(n) _____

Versorgungsträger

Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz Pensionskasse AG

Wir erklären hiermit, dass wir von der versicherungsförmigen Lösung/Anspruchsbegrenzung (§ 2 Abs. 2 Satz 2 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)) Gebrauch machen.
Die Ansprüche aus Ihrer/Ihren o. g. Versicherungs-/Versorgungszusage(n) sind wie folgt begrenzt:

Bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage auf die Leistungen, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

Bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung auf das Ihnen aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital, mindestens auf die Summe der bis dahin zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnermäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden (§ 2 Abs. 6 BetrAVG).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers