

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: \_\_\_\_\_

- Kündigung des Arbeitsvertrags  Bezug von Altersruhegeld
- Bezug von Erwerbsminderungs-/ Berufsunfähigkeitsrente  \_\_\_\_\_
- 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.

### Für Rückfragen:

Ansprechpartner und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

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

PESVA01272