

Erklärung zum konzerninternen Wechsel

Vertragsnummer: _____

**Arbeitnehmer/
Versicherte Person:** _____

**Bisheriger Standort
Arbeitgeber/Versicherungsnehmer:** _____

**Neuer Standort
Arbeitgeber/Versicherungsnehmer:** _____

Neue Gruppenvertragsnummer: _____

Übertragungstermin: _____

Wir erklären hiermit, dass der neue Standort Versicherungsnehmer im Sinne der allgemeinen Versicherungsbedingungen sein soll.

Die bestehende Versorgungszusage wird unverändert übernommen.

Datum, Stempel/Unterschrift
des bisherigen Standortes/Arbeitgebers

Datum, Stempel/Unterschrift
des neuen Standortes/Arbeitgebers