

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: _____

E-Mail (privat): _____ Mobil (privat): _____

Angaben zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses:

Ausscheidetermin: _____

- Kündigung des Arbeitsvertrags Bezug von Altersruhegeld/Eintritt in den Ruhestand
 Bezug von Erwerbsminderungs-/ Berufsunfähigkeitsrente

Angaben zur Beitragszahlung:

Die Beitragszahlung endet(e) mit der Abrechnung des Gehaltsmonats _____ in Höhe von _____ EUR

und wird am / wurde am _____ überwiesen. Bei Lastschrifteinzug werden die zuviel abgebuchten Beiträge erstattet.

- Bei Arbeitgeberfinanzierung sollen über den Austrittstermin hinaus gezahlte Beiträge an uns erstattet werden.

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.

- Bestehen noch verfallbare Anwartschaften soll(en) die Versicherung(en) aufgehoben werden, ggf. vorhandene Versicherungswerte sind dem Gruppenvertrag gutzuschreiben. Besteht kein Gruppenvertrag erfolgt eine Erstattung auf das Beitragskonto des Vertrages.

- Abweichend hiervon soll die Überweisung eines ggf. vorhandenen Versicherungswertes auf nachfolgendes Bankkonto erfolgen.

IBAN: _____ Inhaber: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers