

An \_\_\_\_\_

**Antrag auf Übertragung einer betrieblichen Altersversorgung bei Arbeitgeberwechsel**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitten wir um Übertragung folgender Versicherung:

Name des Versicherten/Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_

bisheriger Versicherungsnehmer/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

bisheriger Versorgungsträger \_\_\_\_\_

Versicherungsschein- Nr. : \_\_\_\_\_

neuer Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Übertragungstichtag\* : \_\_\_\_\_

Der vorhandene Wert der Versicherung soll auf die \_\_\_\_\_ (übernehmender Versorgungsträger) zur Anrechnung im Rahmen der vom neuen Arbeitgeber angebotenen betrieblichen Altersversorgung übertragen werden. Vertragsnummer \_\_\_\_\_ (soweit vorhanden)

Der Wechsel erfolgt

- von einer Firmendirektversicherung mit Pauschalbesteuerung in eine Firmendirektversicherung mit Pauschalbesteuerung
- von einer Firmendirektversicherung mit Förderung §3.63 in eine Firmendirektversicherung mit Förderung §3.63
- von einer Pensionskassenversicherung mit Förderung §3.63 in eine Pensionskassenversicherung mit Förderung §3.63
- anderer Wechsel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(bitte unbedingt den Durchführungsweg inkl. der steuerlichen Förderung angeben)

Der Ausscheidetermin beim bisherigen Arbeitgeber ist: \_\_\_\_\_

Die existierende Zusage wird i.S. §4 Abs.2 Nr.1 BetrAVG übernommen:

Nach dem Übertragungstichtag gelten die Vertragsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des übernehmenden Versorgungsträgers.

Mit der Übernahme des Versicherungsschutzes durch den künftigen Versicherer sollen sämtliche Rechte und Ansprüche gegen den bisherigen Versicherer erlöschen. Dies gilt auch für ein eventuell bestehendes unwiderrufliches Bezugsrecht gegen den bisherigen Versicherer. Bisherige Verfügungen für den Todes- und Erlebensfall werden widerrufen.

Mit der Übermittlung der im Hinblick auf das Versicherungsverhältnis gespeicherten Daten an den künftigen Versicherer und den künftigen Arbeitgeber sind wir einverstanden.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Allianz Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler zur Speicherung weitergeben.

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des künftigen Versicherungsnehmers/Arbeitgebers)

\_\_\_\_\_  
(versicherter Arbeitnehmer)

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines etwaigen unwiderruflich bezugsberechtigten Dritten)

\_\_\_\_\_  
(bisheriger Arbeitgeber, falls noch Versicherungsnehmer)

**Anlage: Versicherungsschein des bisherigen Versorgungsträgers (bitte beilegen)**

Unter dem „Übertragungstichtag“ ist der Zeitpunkt zu verstehen, an dem bei ununterbrochenem Fortbestehen des vollen Versicherungsschutzes die Gefahrtragung im bisherigen oder ähnlichen Umfang vom abgebenden auf das übernehmende Versicherungsunternehmen unmittelbar übergeht. Bei vorausgegangener Unterbrechung bzw. Einschränkung des Versicherungsschutzes gilt als Übergangstichtag der Zeitpunkt, an dem vom übernehmenden Versicherungsunternehmen der Versicherungsschutz ohne Einschränkung im ursprünglichen oder ähnlichen Umfang wiederhergestellt wird.