



NÜRNBERGER Versicherung
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Rückantwort

Bitte unterschrieben an uns zurücksenden:

**Per Post in einem frankierten Fensterkuvert
an nebenstehende Adresse**

**Per E-Mail an
leben-kundenbetreuung@nuernberger.de**

Austrittsmeldung

Direktversicherung und Pensionskasse
zu Versicherungsschein-Nr. _____

Arbeitgeber/Versicherungsnehmer

Firmenname _____

Straße Hausnummer _____

Postleitzahl Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Arbeitnehmer/Versicherte Person

Vorname _____

Nachname _____

Straße Hausnummer _____

Postleitzahl Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Begriffserklärung "Änderungstermin":

Für Verträge der betrieblichen Altersvorsorge können neben verschiedenen Zahlweisen (monatlich, viertel-, halbjährlich, jährlich), auch unterschiedliche Abrechnungsweisen (zeitgleich, zeitversetzt) angewandt werden. Dadurch kann der Änderungstermin des Versicherungsvertrags abweichend zum arbeitsrechtlichen Änderungstermin sein. Bitte teilen Sie uns daher mit, zu welchem Termin der Versicherungsvertrag geändert werden soll.



Grund der Änderung

- Der Arbeitnehmer scheidet aus unserem Unternehmen aus.

Ich übergebe alle Rechte und Pflichten aus o. g. Versicherung an die (haupt)versicherte Person zur privaten Fortführung/ an den neuen Arbeitgeber zur betrieblichen Fortführung (*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.*) und scheidet als Versicherungsnehmer aus dem Vertrag aus. Der Versicherungsschein wurde dem neuen Versicherungsnehmer übergeben.

Es erfolgt eine Freigabe der Versorgung an den Mitarbeiter. Die Versicherungsnehmereigenschaft wird zum **01.** ____ . ____ (Änderungstermin) auf den Versorgungsberechtigten übertragen. Ist das Arbeitsverhältnis beendet, stimmen wir einer Abfindung zu, sofern keine gesetzlichen oder tariflichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

Die Höhe der vom Arbeitnehmer erreichten unverfallbaren Anwartschaft richtet sich gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG nach den vom Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages zu erbringenden Versicherungsleistungen, wenn hierfür die gesetzlich bestimmten Voraussetzungen (*soziale Auflagen*) vorliegen.

Abweichend davon kann bei rein arbeitgeberfinanzierten Versicherungen für verfallbare Ansprüche mit widerruflichen Bezugsrecht Folgendes vereinbart werden:

- Der Vertrag soll zum **01.** ____ . ____ (Änderungstermin) aufgelöst werden. Den vorhandenen Wert überweisen Sie bitte auf folgendes Firmenkonto:

Firma _____

Straße Hausnummer _____

Land Postleitzahl Ort _____

IBAN* _____

* Sie finden die IBAN auf Ihrem Kontoauszug oder auf Ihrer Bankkarte

Geldinstitut _____

Ort, Datum _____



Stempel, Unterschrift des bisherigen Arbeitgebers