



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](mailto:leben-kundenbetreuung@nuernberger.de)**

## Änderungsmitteilung

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

**Beitragsfreistellung zum 01 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Änderungstermin), aufgrund**

Mutterschutz/Elternzeit

Ende der Lohnfortzahlung bei Krankheit

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

**Die Beitragszahlung erfolgt durch unseren Arbeitnehmer**

Die Beitragshöhe bleibt unverändert.

Der Beitrag soll \_\_\_\_\_ EUR betragen.

Um unser bequemes und kostengünstiges Lastschriftfahren zu nutzen, schicken Sie einfach das beiliegende SEPA Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

**Wiederinkraftsetzung zum 01 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Änderungstermin), aufgrund**

Ende Mutterschutz/Elternzeit.

Fortsetzung der Lohn-/Gehaltszahlung nach Krankheit.

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

Die unbezahlten Beiträge werden verrechnet. Beim Wiederinkraftsetzen des biometrischen Risikos ist eine Gesundheitsklärung erforderlich.



**Reduzierung zum 01. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Änderungstermin)**

Arbeitnehmerbeitrag *Entgeltumwandlung*

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

Arbeitgeberzuschuss

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

*Zuschüsse des Arbeitgebers zu Entgeltumwandlungsbeiträgen, die sofort gesetzlich oder vertraglich unverfallbar sind – z. B. Zuschuss zur SV-Ersparnis nach § 1a Abs. 1a BetrAVG.*

Arbeitgeberbeitrag

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

**Gesamtbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

**Erhöhung zum 01. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Änderungstermin)**

Arbeitnehmerbeitrag *Entgeltumwandlung*

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

Arbeitgeberzuschuss

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

*Zuschüsse des Arbeitgebers zu Entgeltumwandlungsbeiträgen, die sofort gesetzlich oder vertraglich unverfallbar sind – z. B. Zuschuss zur SV-Ersparnis nach § 1a Abs. 1a BetrAVG.*

Arbeitgeberbeitrag

Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

**Gesamtbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

Die Erhöhung soll erfolgen aufgrund

einer zwingenden arbeitsrechtlichen Verpflichtung

*beispielsweise Tarifvertrag, Versorgungsordnung/Betriebsvereinbarung/betriebliche Übung*

Arbeitgeberbeteiligung im Rahmen des BRSg

*max. 15 %*

Sonstigem Grund \_\_\_\_\_

Die Erhöhung von Bestandsverträgen muss im Einzelfall geprüft werden. Sie ist bei Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG grundsätzlich möglich, wenn diese arbeitsrechtlich oder tarifrechtlich notwendig ist. Erhöhungen, die ohne rechtliche Verpflichtung aufgrund eines Wunsches des Arbeitgebers oder Arbeitnehmers erfolgen sollen, können nur in begrenztem Umfang im Bestandsvertrag durchgeführt werden. Beim Erhöhen des biometrischen Risikos ist eine Gesundheitserklärung erforderlich.

Sonstige Änderungen

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



Stempel, Unterschrift des Versicherungsnehmers/Vertragspartners *Arbeitgeber*

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



Unterschrift der (haupt)versicherten Person/des (Haupt)Versorgungsberechtigten *Arbeitnehmer*



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  
sepa@nuernberger.de

Versicherungsnehmer/Vertragspartner

## SEPA-Lastschriftmandat

für \_\_\_\_\_

Dieses Mandat gilt für folgende Verträge

Versicherungsschein-Nr./Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Dieses Mandat gilt für folgende Konzerngesellschaft\*/Gläubiger-Identifikations-Nummer

\* Anschrift aller Konzerngesellschaften: Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

### Daten des Kontoinhabers\*

\* Falls der Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer/Vertragspartner abweicht, muss hier die Adresse eingetragen werden

Herr	Frau	Firma
Nachname, Vorname/Firma _____		
Straße Hausnummer _____		
Land	Postleitzahl	Ort
_____	_____	_____

Art der Zahlung

Wiederkehrende Lastschrift

Einmallastschrift

IBAN\* \_\_\_\_\_

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

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Mit diesem Formular ermächtige ich die oben genannte/n Konzerngesellschaft/en, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese wird/werden mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer/n mitteilen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der/n Konzerngesellschaft/en auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum \_\_\_\_\_



Unterschrift des Kontoinhabers

! Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.