

Absender:

zurück an:

Übertragung auf Arbeitgeber Direktversicherung nach § 40 b EStG

Versicherungs- Nr.: Versicherte Person: geboren am **Erklärung zum 01.**

Die Versicherungsnehmer-Eigenschaft im Sinne der Versicherungsbedingungen soll zum genannten Termin übergehen auf (Übertragung nur zum 1. eines Monats möglich):

Firma: Anschrift: Eintritt des Arbeitnehmers in die Firma: **Erklärung des neuen Versicherungsnehmers****Angaben zum Vertrag:**

- Direktversicherung – arbeitgeberfinanzierte Versorgung
- Direktversicherung – Entgeltumwandlung
(Hierzu ist der Abschluss einer Entgeltumwandlungs-Vereinbarung erforderlich.)
- Direktversicherung – Gesellschafter / Geschäftsführer

Das Rentenwahlrecht ist zu Kapitalversicherungen ausgeschlossen. Die Überschussanteile werden zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet. Der durch die Beitragszahlung des bisherigen Versicherungsnehmers entstandene Versicherungsteil wird durch ein unwiderrufliches Bezugsrecht zugunsten des versicherten Arbeitnehmers im Todes- und Erlebensfall abgesichert.

Bezugsrecht:

- unwiderruflich ab Unverfallbarkeit
- unwiderruflich ab Beginn
(immer für: Direktversicherung Entgeltumwandlung und Gesellschafter / Geschäftsführer)

Im Todesfall ist die Versicherungsleistung zu zahlen an:

Versicherungsnehmerwechsel bei Ausscheiden des Arbeitnehmers:

Der Arbeitgeber überträgt die Versicherungsnehmereigenschaft auf den Arbeitnehmer für den Fall, dass er nach Unverfallbarkeit seiner Versorgungsanwartschaft im Sinne von § 1 b Betriebsrentengesetz (BetrAVG) aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet. Das gleiche gilt, wenn der Arbeitnehmer ein uneingeschränktes unwiderrufliches Bezugsrecht für alle Versicherungsleistungen besitzt. Der Versicherungsnehmerwechsel ist gegenüber dem Versicherer erst dann wirksam, wenn der Arbeitgeber ihm die Beendigung des Arbeitsverhältnisses schriftlich anzeigt.

Lohnsteuerpauschalierung:

a) Von der Lohnsteuerpauschalierung wird Gebrauch gemacht und hierzu folgende Vereinbarungen getroffen:

»Es wird unwiderruflich vereinbart, dass während der Dauer des Dienstverhältnisses eine Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zu dem Zeitpunkt, in dem der versicherte Arbeitnehmer sein 59. Lebensjahr vollendet, insoweit ausgeschlossen ist, als die Beiträge vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) entrichtet worden sind.«

b) Soweit von der Lohnsteuerpauschalierung Gebrauch gemacht wird, ist die Abtretung oder Beleihung des unwiderruflichen Bezugsrechts durch den Arbeitgeber ausgeschlossen.



SEPA-Lastschriftmandat:

Wir ermächtigen die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Württembergische Versicherung AG von unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wir wissen, dass durch diese Rückerstattung der Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehmen wir den Versicherungsbedingungen unseres Vertrages. Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Wir verpflichten uns, dem Versicherer stets unsere aktuellen Adressdaten mitzuteilen. Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, 70801 Kornwestheim

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ00000052734

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab sofort _____

Angaben zum Konto					BIC
Kreditinstitut (Name)					
IBAN					
LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN	

Wir erteilen mit unseren Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat die obige Ermächtigung zugunsten der Württembergische Versicherung AG sowie die Anweisung an unser Kreditinstitut.

Bitte buchen Sie alle rückständigen Beiträge von oben angegebenem Konto ab.

Die Lastschrifteinzugsermächtigung ist bei den fondsgebundenen Produkten zwingend erforderlich. Der Beitrag wird immer zum 1. des fälligen Monats eingezogen.

Die Beiträge werden ab _____ durch Dauerauftrag überwiesen.

Bankverbindung:
HypoVereinsbank (UniCredit Bank AG)
IBAN DE50 6602 0286 0002 0003 00
BIC HYVEDEMM
Versicherungssteuernummer: 800/V2000005416

Bitte künftig Beitragsrechnungen zusenden.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- oder Angebotsanforderungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen oder Angebotsanforderungen, im Falle der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlichen Informationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift(en) der/des Zeichnungsberechtigten der Firma als neuer Versicherungsnehmer

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.

Erklärung zu Versicherungs- Nr.: _____