

Bitte senden an

Öffentliche Lebensversicherung  
Sachsen-Anhalt  
Abteilung L 2  
Am Alten Theater 7  
39104 Magdeburg

- Arbeitgeberfinanzierung -

## Abmeldung ausgeschiedener Arbeitnehmer

Erklärung des Arbeitgebers als bisheriger Versicherungsnehmer

Lebens-/Rentenversicherung Nr.

0	4	2	1	-	0			.			.			.				
---	---	---	---	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Name und Anschrift des bisherigen  
Versicherungsnehmers/Arbeitgebers

---



---



---

Name und Anschrift des  
Arbeitnehmers

---



---

Die Beiträge sind bezahlt bis

---

Betriebszugehörigkeit

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### Erklärung des Arbeitgebers als bisheriger Versicherungsnehmer

**Übertragung**

Als bisheriger Versicherungsnehmer erklären wir uns damit einverstanden, dass die Versicherungsnehmereigenschaft auf den o.g. Arbeitnehmer übertragen wird bzw., dass eine Schuldübernahme durch den neuen Arbeitgeber erfolgt. Wir verzichten damit auf sämtliche Rechte und Ansprüche aus diesem Lebens-/Rentenversicherungsvertrag. Beitragsrückstände sind nicht vorhanden. Den Versicherungsschein haben wir dem o. g. Arbeitnehmer übergeben.

**Beitragsfreistellung**

Die Versicherungsnehmereigenschaft bleibt bei uns als Arbeitgeber. Die Versicherung soll zum angegebenen Austrittstermin in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden. Soweit ein widerrufliches Bezugsrecht besteht, wird dieses ausdrücklich widerrufen. Bei bilanzierenden Unternehmen ist der Wert der Versicherung ggf. zum Bilanzstichtag zu aktivieren.

**Kündigung**

Es handelt sich um eine Versorgung mit verfallbarer Anwartschaft. Hiermit kündigen wir die Versicherung zum angegebenen Austrittstermin. Den Originalversicherungsschein haben wir dieser Erklärung beigelegt.

Bitte überweisen Sie den Rückkaufswert auf unser Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift des bisherigen  
Versicherungsnehmers/Arbeitgebers