

# ANTRAG AUF ÜBERTRAGUNG EINER DIREKTVERSICHERUNG AUF DEN AUSSCHIEDENDEN ARBEITNEHMER

Stand Mai 2019

Versicherungsschein-Nr.

Name des Arbeitgebers  
bzw. des bisherigen  
Versicherungsnehmers

## ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS BZW. DES BISHERIGEN VERSICHERUNGSNEHMERS

Bitte beachten Sie auch die Erklärung auf Seite 2 dieses Formulars.

Wir erklären hiermit, dass zum Termin des Ausscheidens aus dem Unternehmen die versicherte Person

Frau  Herr

Titel, Nachname

Vorname(n)

Versicherungsnehmer im Sinne der Versicherungsbedingungen werden soll. Der Wechsel des Versicherungsnehmers erfolgt ab dem Tag, der auf den Ausscheidetermin folgt.

Datum des Ausscheidens aus dem Unternehmen

Bitte beachten Sie, dass eine Rückerstattung von bereits geleisteten Beitragszahlungen über den Ausscheidetermin hinaus nicht möglich ist, sofern zwischen Ausscheidetermin und Ihrer Mitteilung bereits mehr als drei Monate verstrichen sind.

Den Originalversicherungsschein, der bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung einzusenden ist, haben wir dem neuen Versicherungsnehmer ausgehändigt bzw. werden wir ihm aushändigen.

Die letzte Beitragszahlung des bisherigen Versicherungsnehmers

erfolgt zum 0 1 2 0

und betrifft den Gehaltsmonat 2 0

Ort

Datum

Stempel und **Unterschrift**  
ehemaliger Arbeitgeber bzw.  
bisheriger Versicherungs-  
nehmer

## ERKLÄRUNG DES ZUKÜNFTIGEN VERSICHERUNGSNEHMERS (=VERSICHERTE PERSON)

### ANGABEN ZUR FORTFÜHRUNG DES VERTRAGES

(bitte Gewünschtes ankreuzen):

- Der Vertrag soll unverändert fortgeführt werden.  
 Der Vertrag soll beitragsfrei fortgeführt werden.  
 Der Beitrag soll auf monatlich € geändert werden.

### IDENTIFIZIERUNG NACH FACTA/CRS/FRAGEN NACH DER STEUERLICHEN ANSÄSSIGKEIT

Canada Life ist gesetzlich dazu verpflichtet, bei Antragstellung zu prüfen, ob es sich bei dem Antragsteller um eine außerhalb Deutschlands steuerlich ansässige Person handelt und der Versicherungsvertrag zum Beispiel einer Meldepflicht an das Bundeszentralamt für Steuern nach dem Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oder dem Common Reporting Standard (CRS) unterliegt.

Wir bitten Sie daher, den Fragebogen Steuerliche Ansässigkeit auszufüllen und diesem Antrag beizufügen. Den Fragebogen finden Sie unter [www.canadalife.de/fatca-crs](http://www.canadalife.de/fatca-crs) oder wieder senden Ihnen das Formular gerne auch auf Anfrage zu.

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASISLASTSCHRIFTEN

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZ00000060465)

Eine Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen separat mit.

Ich ermächtige Canada Life, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Canada Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

### Hinweis:

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.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

Frau  Herr  Firma

Kontoinhaber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

IBAN D E

BIC

Kreditinstitut

Datum

**Unterschrift des**  
Kontoinhabers

**Wichtig:** Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig! Beachten Sie bitte, dass wir ggf. den Kontoinhaber nach dem Geldwäschegesetz identifizieren müssen, sofern er vom der zukünftigen Versicherungsnehmer abweicht.

Ort

Datum

**Unterschrift des**  
zukünftigen Versicherungs-  
nehmers  
(= versicherte Person)

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an:

Canada Life Assurance Europe plc  
Niederlassung für Deutschland  
Postfach 1763  
63237 Neu-Isenburg

Oder schicken Sie es per E-Mail an [bav@canadalife.de](mailto:bav@canadalife.de) bzw.  
per Fax an 06102-30618-01

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland  
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln  
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01  
[kundenservice@canadalife.de](mailto:kundenservice@canadalife.de)  
[www.canadalife.de](http://www.canadalife.de)

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der allgemeinen Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

**ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS AUS ANLASS DES AUSSCHIEDENS DES ARBEITNEHMERS**

Versicherungsschein-Nr.		<b>Name des Arbeitgebers</b> bzw. des bisherigen Versicherungsnehmers	
-------------------------	--	---	--



In Zusammenhang mit der vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum  verweisen wir als Arbeitgeber in Bezug auf die Höhe der unverfallbaren Anwartschaft auf die versicherungsförmige Lösung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 – 6 BetrAVG. Wie bereits bei Abschluss der Direktversicherung vereinbart, geht die Versicherungsnehmereigenschaft nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf Sie über.

Sie können den Vertrag beitragspflichtig oder beitragsfrei fortsetzen. Bei Beitragsfreistellung oder Beitragsurlaub kann der Anspruch auf Leistungen aus der Zusatzoption für den Fall der Berufsunfähigkeit im Einzelfall ganz erlöschen.

**Abfindung:**

Wenn nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses keine Übertragung gem. § 4 Absatz 2 oder 3 BetrAVG erfolgt, bevollmächtigt der Arbeitgeber Canada Life bereits jetzt, Kleinstanwartschaften im Sinne des § 3 BetrAVG abfinden zu können. Eine solche Abfindung kann durch Canada Life jedoch nur dann vorgenommen werden, wenn sicher ist, dass keine Übertragung stattfindet.

**Zur Kenntnis genommen:**

Ort	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
Stempel und <b>Unterschrift</b> ehemaliger Arbeitgeber bzw. bisheriger Versicherungs- nehmer		<b>Unterschrift</b> ehemaliger Arbeitnehmer bzw. versicherte Person	

**Hinweise der Canada Life Assurance Europe plc**

Wir weisen darauf hin, dass wir die in der Erklärung gemachten Angaben nicht auf Vollständigkeit und Wirksamkeit prüfen können. Als (ehemaliger) Arbeitgeber sind Sie für die gemachten Angaben und deren arbeitsrechtlichen Wirkungen verantwortlich.