



Bitte senden an:
 AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln Fax: 0221/148-22750
 Mail: Leben-Bestand@axa.de

AXA Lebensversicherung AG

Versicherte Person

Versicherungsnummer

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf Grund Dienstaustritt des versicherten Arbeitnehmers

Bisheriger Versicherungsnehmer

Firma/Name

Direktversicherung

mit Förderung der Versorgung gemäß § 3 Nr.63 EStG

mit Förderung der Versorgung gemäß § 40b EStG*

Mit der Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sind wir von sämtlichen Rechten und Pflichten aus diesem Vertrag befreit, sobald ein neuer Versicherungsnehmer in den Vertrag eintritt.

Dienstaustritt zum

Beiträge werden von uns gezahlt bis einschließlich

Die Versicherung wird übertragen:

auf die versicherte Person

auf einen neuen Arbeitgeber

Bei konventionellen Direktversicherungen wird die Übertragung zum Ende des Monats, indem der versicherte Arbeitnehmer ausgeschieden ist, frühestens aber zum Ende des bei der Abmeldung laufenden Monats wirksam. Bei RelaxRenten und fondsgebundenen Direktversicherungen wird die Übertragung zum Ende der bei Ausscheiden laufenden Beitragszahlungsperiode, frühestens aber zum Ende der bei der Abmeldung laufenden Beitragszahlungsperiode wirksam.

Sofern Beiträge überzahlt wurden, sollen diese:

im Vertrag verbleiben

an uns erstattet werden (nicht möglich, wenn die Beiträge im Wege der Entgeltumwandlung vom Arbeitnehmer finanziert worden sind)

Für die Vertragswerte, die sich aus unseren Beitragszahlungen ergeben haben, ist das Bezugsrecht unwiderruflich zugunsten der versicherten Person.

Hinweis für gewünschte Auflösung:

Sollte der Versicherte bei oder nach Übertragung der Versicherung auf ihn eine Kapitalabfindung gemäß § 3 BetrAVG wünschen, stellen wir hiermit schon jetzt einen entsprechenden Antrag.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift/Firmenstempel



* in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung, alte Fassung (a.F.)



Bitte senden an:
 AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln Fax: 0221/148-22750
 Mail: Leben-Bestand@axa.de

AXA Lebensversicherung AG

Versicherte Person

Versicherungsnummer

Vor- und Zuname

 Straße, Haus-Nr.

 Postleitzahl, Wohnort

Änderungstermin

Übernahme der Versicherung zum

Private Fortführung des Vertrages auf Grund Dienstaustritt durch die versicherte Person als Versicherungsnehmer (VN)

Beitragszahlung

Ich zahle per Überweisung.

Ich erteile ein neues SEPA-Lastschriftmandat (siehe nächste Seite).

Vertragsänderung

Beitragsreduzierung: Der Vertrag soll entsprechend der Zahlweise auf einen Beitrag in Höhe von _____ EUR – unter Verringerung der Versicherungsleistung – herabgesetzt werden. (Zu beachten sind die tariflichen Mindestbeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlweise)

Beitragsfreistellung: Der Vertrag soll ohne weitere Beitragszahlung – unter Verringerung der Versicherungsleistung – fortgeführt werden.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift neuer Versicherungsnehmer

Übernahme der Versicherungsnehmereigenschaft durch den neuen Arbeitgeber auf Grund Dienst Eintritt der versicherten Person

Neuer Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

Firma/Name

Anschrift

Wir übernehmen mit sämtlichen Rechten und Pflichten die Versicherungsnehmereigenschaft der Direktversicherung und verpflichten uns zur Beitragszahlung

Förderung der Versorgung gemäß § 3 Nr.63 EStG

Förderung der Versorgung gemäß § 40b EStG*

Diensteintritt zum

Kollektiv-/Sammelnummer (falls vorhanden)

_____ / _____

Beitragsfinanzierung und Bezugsrecht

Entgeltumwandlung mit AG-Zuschuss

Entgeltumwandlung

Arbeitgeberfinanzierung

Die versicherte Person ist sowohl im Erlebensfall als auch im Todesfall unwiderruflich bezugsberechtigt. Die Zahlungsverfügung für den Todesfall bleibt unverändert.

Beitragszahlung

Wir erteilen ein neues SEPA-Mandat (siehe nachfolgende Seite)

Wir zahlen per Überweisung von nachfolgend genanntem Konto.

IBAN

BIC

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Der neue Versicherungsnehmer wird durch die Bekanntgabe des Kontos, von dem die Beiträge gezahlt werden, identifiziert. Der Träger der Versorgung überprüft, ob der Beitrag von dem genannten Konto gezahlt wird.

Der Antragsteller handelt auf Veranlassung der versicherten Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum der versicherten Person

Für sonstige Hinweise bitte beschreibbare Felder nutzen

Nur bei Direktversicherung mit Lohnsteuerpauschalierung (gilt nicht bei Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG)

Wir erklären hiermit gemäß § 5 Lohnsteuer-Durchführungsverordnung (LStDV), dass die fälligen Beiträge nach § 40b EStG* pauschal versteuert werden sollen. Über eine abweichende steuerliche Behandlung der Beiträge werden wir Sie unaufgefordert informieren.

Es gilt außerdem:

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.

Es ist ferner vereinbart, daß die Übertragung oder Beleihung des Bezugsrechts durch die begünstigten Personen sowie die Übertragung der Ansprüche auf die versicherten Leistungen an Dritte – auch in Form von anderen Bezugsrechten – ausgeschlossen ist. Eine Erlebensfalleistung darf vereinbarungsgemäß aus steuerlichen Gründen nicht vor dem 60. Lebensjahr fällig werden. Das Recht des Versicherungsnehmers auf Abtretung, Beleihung oder Verpfändung ist insoweit ebenfalls ausgeschlossen, als die Beiträge des Versicherungsnehmers durch Entgeltumwandlung wirtschaftlich vom versicherten Arbeitnehmer getragen werden.

Angaben auftretende Person, falls diese vom VN abweicht

Angaben zu der für den neuen Arbeitgeber auftretenden Person:

Name, Vorname

Funktion

Unterschriften

Ort/Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift/Versicherungsnehmer bzw. auftretende Person



* in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung, alte Fassung (a.F.)



Versicherungsnummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel _____

Anrede _____

Vorname Kontoinhaber _____

Nachname Kontoinhaber _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ____ . ____ . ____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

bzw.

Kontonummer _____

BLZ _____

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) _____

