



Zu unserem Kollektivvertrag Nr. _____

Bitte einsenden an:
AXA Lebensversicherung AG
Abt. PCEB- KK 51172 Köln oder per mail an
mail: Leben-Bestand@axa.de

melden wir die folgenden Abgänge und wünschen folgende vertragliche Weiterbehandlung (bitte A oder B zu jeder einzelnen Versicherung Nr. angeben)

A = Überweisung der Rückvergütung auf unser unten angegebenes Konto
(nur bei arbeitgeberfinanzierter Versorgung möglich, sofern die Anwartschaft der versicherten Person noch nicht gesetzlich unverfallbar ist!)

B = Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person, die dadurch das Recht erhält, die Versicherung als Einzelversicherung fortzuführen.

Sollte die versicherte Person bei oder nach Übertragung der Versicherung eine Abfindung der unverfallbaren Anwartschaft gemäß § 3 BetrAVG wünschen, stellen wir hiermit schon jetzt einen entsprechenden Antrag.

Hinweis zur Beitragszahlung

Sofern Beiträge über den Austrittstermin hinaus gezahlt worden sind, können diese zu Entgeltumwandlungen (Finanzierung durch den Arbeitnehmer) nicht erstattet werden. Bei arbeitgeberfinanzierten Versicherungen sind die Beiträge mindestens bis zum Austrittstermin, längstens aber bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem die Abmeldung wirksam wird. Bei fondsgebundenen Direktversicherungen gilt hierbei das Ende der Beitragszahlungsperiode.

Versicherung Nr.	Name, Vorname	Anschrift	Diensteintritt/ -austritt	A oder B	Bei überzahlten Beiträgen sollen diese
_____	_____	_____	_____ _____	_____	<input type="checkbox"/> dem Versicherungsverhältnis erhalten bleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden
_____	_____	_____	_____ _____	_____	<input type="checkbox"/> dem Versicherungsverhältnis erhalten bleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden
_____	_____	_____	_____ _____	_____	<input type="checkbox"/> dem Versicherungsverhältnis erhalten bleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden
_____	_____	_____	_____ _____	_____	<input type="checkbox"/> dem Versicherungsverhältnis erhalten bleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden
_____	_____	_____	_____ _____	_____	<input type="checkbox"/> dem Versicherungsverhältnis erhalten bleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden

Unsere Bankverbindung: IBAN-Nr. _____ BIC-Code _____



Datum _____ Stempel und Unterschrift des Vertragspartners _____