

Antrag auf Übertragung mit Übertragungswert

nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 BetrAVG

(außerhalb des GDV-Übertragungsabkommens)

Der Übertragungswert soll auf die WWK Lebensversicherung a. G. übertragen und in den neu abgeschlossenen bzw. in den neu abzuschließenden WWK-Direktversicherungsvertrag nach § 3 Nr. 63 EStG eingezahlt werden.

Übertragender Versorgungsträger	<p>Hiermit bitten wir um Übertragung folgender Versorgung: (Mit dem Begriff »Versorgung« werden hier gleichermaßen eine Direktversicherung, eine Versicherung bei einer Pensionskasse oder eine Versorgung in einem Pensionsfonds bezeichnet.)</p> <p>Übertragender Versorgungsträger</p> <p>Anschrift des übertragenden Versorgungsträgers</p> <p>Versicherungsnummer</p>
Arbeitnehmer	Name der versorgungsberechtigten Person/des Arbeitnehmers
Bisheriger Arbeitgeber	<p>Name des bisherigen Versicherungsnehmers/Arbeitgebers</p> <p>Anschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Arbeitgebers</p> <p>Dienstaustritt beim bisherigen Arbeitgeber: Datum TT/MM/JJJJ</p>
Neuer Arbeitgeber	<p>Name des neuen Versicherungsnehmers/Arbeitgebers</p> <p>Diensteintritt beim neuen Arbeitgeber: Datum TT/MM/JJJJ</p>
Übertragungsstichtag	Zeitpunkt, ab dem der neue Arbeitgeber die Beitragszahlung übernimmt: Datum TT/MM/JJJJ
Übernehmender Versorgungsträger	WWK Lebensversicherung a. G.
Datenschutzbeauftragter des übernehmenden Versorgungsträgers	Kontaktdaten Datenschutzbeauftragte: datenschutz@wwk.de, Telefon: (089) 5114-0
Übertragung	<p>Nach der Übertragung soll die Versorgung bei der WWK Lebensversicherung a. G. entsprechend der mit dem neuen Arbeitgeber vereinbarten Regelungen der Versorgung fortgeführt werden.</p> <p>Der Versorgungsvorschlag hierfür wurde erstellt und ausgehändigt am: Datum TT/MM/JJJJ</p> <p>Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass bei dem übertragenden Versorgungsträger Daten erhoben werden sollen. Der Arbeitnehmer hat das Recht, dagegen Widerspruch einzulegen.</p>
Unterschriften	<p>Ort</p> <p>Datum TT/MM/JJJJ</p> <p>X Unterschrift/Stempel des künftigen Versicherungsnehmers/Neuer Arbeitgeber</p> <p>X Unterschrift/Stempel des bisherigen Versicherungsnehmers/Bisheriger Arbeitgeber (nur erforderlich, falls dieser noch Versicherungsnehmer ist)</p> <p>X Unterschrift Versorgungsberechtigte Person/Arbeitnehmer</p> <p>Name des Unterzeichners neuer Arbeitgeber in Blockschrift (Vor- und Zuname)</p> <p>Position des Unterzeichners neuer Arbeitgeber im Unternehmen in Blockschrift</p> <p>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</p>

Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Übermittlung von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. - soweit es für die Risikobeurteilung und Produktkalkulation erforderlich ist - meine vertragsrelevanten Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten beim übertragenden Versorgungsträger erhebt und verarbeitet.

Allgemeiner Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient der Erfüllung eines Vertrages, dessen Vertragspartei die betroffene Person ist oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Antrag der betroffenen Person erfolgt. Informationen zum Datenschutz bei der WWK Versicherung können Sie hier finden: <https://www.wwk.de/datenschutz/>

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Unterschrift Versorgungsberechtigte Person/Arbeitnehmer