

# Antrag auf Übertragung

## einer Versorgung aus den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds (im Rahmen 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.

<b>Übertragender Versorgungsträger</b>	<p><b>Hiermit bitten wir um Übertragung folgender Versorgung:</b>                  (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>
<b>Arbeitnehmer</b>	Name der versorgungsberechtigten Person/des <b>Arbeitnehmers</b>
<b>Bisheriger Arbeitgeber</b>	<p>Name des <b>bisherigen</b> Versicherungsnehmers/<b>Arbeitgebers</b></p> <p>Anschrift des <b>bisherigen</b> Versicherungsnehmers/<b>Arbeitgebers</b></p> <p>Dienstaustritt beim bisherigen Arbeitgeber: Datum TT/MM/JJJJ</p>
<b>Neuer Arbeitgeber</b>	<p>Name des <b>neuen</b> Versicherungsnehmers/<b>Arbeitgebers</b></p> <p>Diensteintritt beim neuen Arbeitgeber: Datum TT/MM/JJJJ</p>
<b>Übertragungsstichtag</b>	<p>Zeitpunkt, ab dem der neue Arbeitgeber die Beitragszahlung übernimmt: Datum TT/MM/JJJJ</p>
<b>Übernehmender Versorgungsträger</b>	WWK Lebensversicherung a. G.
<b>Datenschutzbeauftragter des übernehmenden Versorgungsträgers</b>	<b>Kontaktdaten Datenschutzbeauftragte:</b> datenschutz@wwk.de, Telefon: (089) 5114-0
<b>Übertragung</b>	<p><b>Das zwischen den Versorgungsträgern bestehende Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds bei Arbeitgeberwechsel hat folgenden für den Vertragspartner und die versorgungsberechtigte Person maßgebenden Inhalt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Die Versorgung wird auf den Versorgungsträger des neuen Arbeitgebers übertragen. Der übertragende und der übernehmende Versorgungsträger stimmen der Übertragung zu, sofern der Antrag innerhalb von <b>15 Monaten</b> nach dem Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis bei einem der beteiligten Versorgungsträger eingereicht wird.</li> <li>Der übertragende Versorgungsträger überweist an den übernehmenden Versorgungsträger bei Direktversicherungen und Versicherungen in einer Pensionskasse den Rückkaufswert der Versicherung (einschließlich bereits zugeteilter Überschussanteile, Schlussüberschussanteile und Bewertungsreserven wie bei Rückkauf; die Gutschriften aus Bewertungsreserven werden beim übernehmenden Versorgungsträger wie die übertragenen Guthaben aus der Überschussbeteiligung verwendet) und bei Pensionsfonds den Übertragungswert gemäß § 4 Abs. 5 BetrAVG. Er verzichtet dabei auf Abzüge.</li> <li>Soweit die Versorgung mit gleichwertigen Versicherungs-/Versorgungsleistungen weitergeführt werden soll, wird der übernehmende Versorgungsträger diese Versorgung nicht nochmals mit Abschlusskosten belasten. Soweit die Versorgung bei dem übernehmenden Versorgungsträger gleiche biometrische Risiken mit gleichwertigen Versorgungsleistungen wie bei dem übertragenden Versorgungsträger absichert, wird der übernehmende Versorgungsträger die Übertragung der Versorgung nicht von dem Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.</li> <li>Der Versicherungsschutz beim übertragenden Versorgungsträger besteht bedingungsgemäß fort, bis der zu übertragende Wert beim übernehmenden Versorgungsträger eingegangen ist und der Übertragungsstichtag erreicht ist. <b>Ab diesem Zeitpunkt gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des übernehmenden Versorgungsträgers.</b></li> <li><b>Es wird nur ein im Zusammenhang mit der Versorgung gebildetes Kapital übertragen, so dass sich nach der Übertragung die (garantierten) Werte sowie die Zusageart ändern können.</b> Des Weiteren können sich arbeitsrechtliche Konsequenzen (m/n-tel, § 2 Abs. 1 BetrAVG) ergeben, wenn beim bisherigen Arbeitgeber bei der Direktversicherung und der Pensionskasse die versicherungsvertragliche Methode (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG) nicht angewandt wurde oder der bisherige Arbeitgeber beim Pensionsfonds die Garantie übernommen hat (ggf. Nachschusspflicht).</li> </ol> <p><b>Nach der Übertragung soll die Versorgung bei der WWK Lebensversicherung a. G. entsprechend der mit dem neuen Arbeitgeber vereinbarten Regelungen der Versorgung fortgeführt werden.</b></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>

<b>Unterschriften</b>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <span style="margin-right: 100px;">Ort</span> <span>Datum TT/MM/JJJJ</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift/Stempel des künftigen Versicherungsnehmers/<b>Neuer Arbeitgeber</b></p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift/Stempel des bisherigen Versicherungsnehmers/<b>Bisheriger Arbeitgeber</b> (nur erforderlich, falls dieser noch Versicherungsnehmer ist)</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift Versorgungsberechtigte Person/<b>Arbeitnehmer</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 55%;"> <p>Name des Unterzeichners <b>neuer Arbeitgeber</b> in Blockschrift (Vor- und Zuname)</p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>Position des Unterzeichners <b>neuer Arbeitgeber</b> im Unternehmen in Blockschrift</p> </div> </div> <p><b>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</b></p>
<b>Hinweis</b>	<p>Dem Arbeitnehmer ist eine vom übernehmenden Versorgungsträger gebräuchliche datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Unterschrift auszuhändigen. Das Abkommen ist anwendbar, wenn dem übernehmenden Versorgungsträger die Unterschrift des Arbeitnehmers vorliegt. Sollten vom übernehmenden Versorgungsträger Daten vor Erhalt der unterschriebenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung an Dritte weitergegeben werden, ist hierfür eine gesonderte Einwilligung/Schweigepflichtentbindung vom Arbeitnehmer erforderlich.</p> <p>Der Fragebogen ist vom übernehmenden Versorgungsträger immer gemeinsam mit der unterzeichneten datenschutzrechtlichen Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Übermittlung von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten an den übertragenden Versorgungsträger zu versenden.</p>
<b>Abfrage von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger zur Risikobeurteilung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und die Produktkalkulation ist es seitens des übernehmenden Versorgungsträgers notwendig, Informationen zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen und/oder -einschränkungen vom übertragenden Versorgungsträger abzufragen und zu verarbeiten. Diese Informationen können auch Daten über die Gesundheit oder andere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten des Arbeitnehmers enthalten.</li> <li>➤ Hierfür benötigt der übernehmende Versorgungsträger als datenverarbeitende Stelle vom Arbeitnehmer die untenstehende Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den übertragenden Versorgungsträger, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen an ihn weitergegeben werden müssen.</li> <li>➤ Ohne diese Angaben kann vom übernehmenden Versorgungsträger keine Risikobeurteilung und Produktkalkulation vorgenommen werden. Alternativ könnten die Angaben vom Arbeitnehmer beim übertragenden Versorgungsträger erfragt und selbst beigebracht werden, was aber zu Verzögerungen führen würde.</li> <li>➤ Die Einwilligung kann der Arbeitnehmer jederzeit, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf hat schriftlich gegenüber der WWK Lebensversicherung a. G. an die oben genannte Adresse zu erfolgen.</li> </ul> <p><b>Datenschutzrechtliche Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Übermittlung von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten</b></p> <p>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.</p> <p><b>Allgemeiner Hinweis zum Datenschutz</b></p> <p>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: <a href="https://www.wwk.de/datenschutz/">https://www.wwk.de/datenschutz/</a></p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <span style="margin-right: 100px;">Ort</span> <span>Datum TT/MM/JJJJ</span> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift Versorgungsberechtigte Person/<b>Arbeitnehmer</b></p> </div> <p><b>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</b></p>
<b>Unterschriften</b>	This content is already covered in the previous row's description