

# Zusatzerklärung Kapitalübertragung vom Vorversicherer

## WWK Premium FondsRente protect Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

### Kapitalübertragung bei Arbeitgeberwechsel

- Kapitalübertragung nach GDV-Übertragungsabkommen
- Kapitalübertragung nach § 4 BetrAVG

### Kapitalübertragung im laufenden Dienstverhältnis

- Kapitalübertragung nach § 3 Nr. 55c Buchstabe a EStG

<b>Antragsdaten</b>	Antrag vom TT / MM / JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Arbeitgeber = Versicherungsnehmer/-in (VN)</b>	Firma <input style="width: 100%;" type="text"/> Rechtsform <input style="width: 100%;" type="text"/> Branche <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> juristische Person oder Personengesellschaft Name des / der gesetzlichen Vertreter <input style="width: 100%;" type="text"/> Registernummer <input style="width: 100%;" type="text"/> oder <input type="checkbox"/> natürliche Person (z. B. Einzelunternehmer) Name <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsdatum TT / MM / JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsort <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsland <input style="width: 100%;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Anschrift des Arbeitgebers</b>	Straße und Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/> PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Arbeitnehmer = versicherte Person (VP)</b>	Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsdatum TT / MM / JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsort <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsland <input style="width: 100%;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 100%;" type="text"/> Straße und Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/> PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> Wohnort <input style="width: 100%;" type="text"/> Land <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Geplante Kapitalübertragung</b>	Wert der Kapitalübertragung: EUR <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum der Kapitalübertragung: <b>01</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> Hinweis: Der tatsächliche Wert der Kapitalübertragung (Übertragungswert) wird dem Direktversicherungsvertrag erst nach Zahlungseingang des Übertragungswertes durch den übertragenden Versorgungsträger (Vorversicherer) gutgeschrieben.
<b>Antrag auf Übertragung bei Kapitalübertragung nach GDV-Übertragungsabkommen und nach § 4 BetrAVG</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Antrag auf Übertragung</b> liegt unterschrieben vom Arbeitnehmer und vom neuen Arbeitgeber bei ( <b>Voraussetzung für Policierung</b> ). Die Unterschrift des bisherigen Arbeitgebers: <input type="checkbox"/> ist bereits auf dem <b>Antrag auf Übertragung</b> enthalten. <input type="checkbox"/> soll von der WWK Lebensversicherung a. G. eingeholt werden, da der bisherige Arbeitgeber noch Versicherungsnehmer ist. <input type="checkbox"/> wird vom Antragsvermittler eingeholt und nachgereicht, da der bisherige Arbeitgeber noch Versicherungsnehmer ist. <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich, da der Arbeitnehmer der Versicherungsnehmer ist. Hinweise: Bitte zusätzlich Formblatt »Antrag auf Übertragung nach GDV-Übertragungsabkommen 7574« bzw. »Antrag auf Übertragung nach § 4 BetrAVG 7575« verwenden. Der <b>Antrag auf Übertragung</b> ist Voraussetzung für die Kapitalübertragung vom übertragenden Versorgungsträger (Vorversicherer). Ohne den <b>Antrag auf Übertragung</b> kann die Kapitalübertragung nicht durchgeführt werden.

**Kapitalübertragung  
im laufenden  
Dienstverhältnis**

Vorversicherer

Versicherungsnummer

Anschrift des Vorversicherers

**Hinweis:** Für Kapitalübertragungen im laufenden Dienstverhältnis wird von der WWK Lebensversicherung a. G. kein Antrag auf Übertragung zur Verfügung gestellt.  
Eine externe arbeitsrechtliche Beratung wird empfohlen.

**Datenschutzrechtliche  
Einzelfalleinwilligungs-  
und Schweigepflicht-  
entbindungserklärung  
für die Übermittlung  
von Vertragsinformati-  
onen mit Gesundheits-  
daten bei Kapitalüber-  
tragungen**

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 (Vorversicherer) erhebt und verarbeitet.

Ich beantrage die Kapitalübertragung und bestätige den Erhalt einer Kopie der Zusatzerklärung.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

Hiermit bestätige ich, dass die WWK Lebensversicherung a. G. im Rahmen der Kapitalübertragung im laufenden Dienstverhältnis keine arbeitsrechtliche Begleitung bzw. Beratung vorgenommen hat.

und

**Vertragsunterschriften**

**X**

**X**

**X**

Unterschrift/Stempel **Arbeitgeber** (= Versicherungsnehmer)

Unterschrift **Arbeitnehmer** (= versicherte Person)

Unterschrift **Antragsmittler/-in**  
Die richtige/n Person/end hat/haben  
in meiner Gegenwart unterschrieben.

**Bitte mit vor- und Zunamen unterschreiben.**