WWK Lebensversicherung a. G.



§ 3 Nr. 63 EStG

Der Arbeitnehmer möchte die Versicherung übernehmen und (vorübergehend) privat fortführen?

Bitte senden Sie uns die folgenden Unterlagen zurück. Gerne können Sie uns diese auch per Fax oder E-Mail zusenden. Vielen Dank.

Erforderliche Formblätter:

• 0476-1028 Anzeige des Dienstaustritts der versicherten Person Alternativ kann uns der Dienstaustritt des Arbeitnehmers vom bisherigen Arbeitgeber auch telefonisch, per Fax oder E-Mail gemeldet werden.

Im Falle eines Dienstaustritts mit verfallbaren Anwartschaften ist ein anderes Formblatt (0476-1012 Übertragungsantrag – Freigabe des Arbeitgebers) erforderlich und separat anzufordern.

 0476-1017 Erklärung des Arbeitnehmers als zukünftiger Versicherungsnehmer (§ 3 Nr. 63 EStG)

Sofern dem Arbeitnehmer die Versicherungsunterlagen vom bisherigen Arbeitgeber nicht ausgehändigt wurden, sind diese noch von dort anzufordern.

WWK Lebensversicherung a. G.



Anzeige des Dienstaustritts der versicherten Person

Versicherungsnummer:				
Versicherungsnehmer: - bisheriger Arbeitgeber				
	Firmenname			
Versicherte Person: - ausgeschiedener Arbeitnehmer	Anrede, Vornan	ne, Nachname und Geb	ourtsdatum	
	Geburtsort		Staatsangehö	rigkeit
	Meldeanschrift	(Straße, Hausnummer,	Postleitzahl und Wohnort	t)
Dienst ein tritt:				
	Datum, zu dem	der Arbeitnehmer in da	s Unternehmen eingetret	en ist
Dienst aus tritt:	Datum, zu dem	der Arbeitnehmer aus	dem Unternehmen aussch	heidet/ausgeschieden ist
erfüllt werden. Der zuletzt in der Gehalt berücksichtigte Beitrag		_	nmers Monat und	l Jahr
Die folgenden Beiträge so werden, weil diese nicht n Arbeitnehmers berücksich	nehr in der G			
Arbeitherimers berucksici	nigi warden.		Betrag in E	Euro
Über die berücksichtigten soll beitragsfrei fortgeführ		aus erfolgt keine	weitere Beitragsza	ahlung. Die Versicherung
Ort und Datum		Unterschrift/Stempel (=Versicherungsnehr	des bisherigen Arbeitge l ner)	bers
Position des Unterzeichners Arbei im Unternehmen in Blockschrift	tgeber	Name des Unterzeic (Vor- und Zuname)	nners Arbeitgeber in Blo	ckschrift
WWK Lebensversicherung a. G. Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schindelhauer Sitz München • Registergericht München HR B 211 Ust-ID DE129274155 Gl. Id. DE	IBÁN:	: n LB München DE96 7005 0000 0000 0355 40 YLADEMMXXX	Hausanschrift: Marsstr. 37 80335 München Deutschland	Telefon/E-Mail/Internet: Telefon: +49 89 5114-2020 Fax: +49 89 5114-2337 E-Mail: info@wwk.de • www.wwk.de E-Mail: info@wwk.at • www.wwk.at
SG. DECTITITION/000000121				

Erklärung des Arbeitnehmers als zukünftiger Versicherungsnehmer (§ 3 Nr. 63 EStG)



Versicherungsnummer:		_
Versicherungsnehmer: - bisheriger Arbeitgeber	Firmenname	
Zukünftiger Versicherungs- nehmer - Arbeitnehmer		
	Anrede, Vorname und Nachname	
	Geburtsdatum	gegebenenfalls Geburtsname
	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	Meldeanschrift – keine c/o oder Postfach-A	dresse

Die WWK Versicherungen sind nach dem Geldwäschegesetz (GwG) verpflichtet, diese Daten festzustellen und auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen. Um der Erfüllung der Pflichten gemäß § 8 GwG nachzukommen, benötigen wir eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses.

<u>Ergänzung der bestehenden Zusatzvereinbarung und der Versicherungsbedingungen der Direktversicherung:</u>

Die Zusatzvereinbarung und die Versicherungsbedingungen zum Vertrag legen für den Fall des Todes des Arbeitnehmers fest, an wen die Versicherungsleistung zu zahlen ist.

Sind keine Hinterbliebenen im Sinne dieser Regelung vorhanden und alle weiteren Voraussetzungen erfüllt, so erhält die dafür schriftlich benannte Person maximal ein angemessenes Sterbegeld im Sinne des VVG.

In Ergänzung zu dieser Regelung wird vereinbart, dass der Sterbegeld-Berechtigte neben dem Sterbegeld auch den Leistungsanteil erhält, der auf Zahlung privater Beiträge beruht, falls alle in der Zusatzvereinbarung zur Versicherung genannten Voraussetzungen für die Auszahlung eines Sterbegeldes erfüllt sind. Als privat gelten Beitragszahlungen, die geleistet werden, während die versicherte Person auch Inhaberin der Versicherungsnehmerrechte ist.

Wollen Sie die Person des Sterbegeld-Berechtigten ersetzen oder erstmals benennen? Teilen Sie uns dies bitte mit, gerne senden wir Ihnen das erforderliche Formular zu.

WWK Lebensversicherung a. G.
Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V.), Dirk Fassott
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schindelhauer
Sitz München • Registergericht München HR B 211
Ust-ID DE129274155
Gl. Id. DE81WWK0000069127

Bayern LB München IBAN: DE96 7005 0000 0000 0355 40 BIC: BYLADEMMXXX Hausanschrift: Marsstr. 37 80335 München Deutschland Telefon/E-Mail/Internet:
Telefon: +49 89 5114-2020
Fax: +49 89 5114-2337
E-Mail: info@wwk.de • www.wwk.de
E-Mail: info@wwk.at • www.wwk.at

Erklärung des Arbeitnehmers als zukünftiger Versicherungsnehmer (§ 3 Nr. 63 EStG)



Ver	sicherungsnumme	er:																		
<u>lch</u>	führe die Versiche	erung w	vie fo	olgt p	rivat	t fort:														
	Die ab dem Übe wird beitragspflic	_	_		n of	fener	n Be	eiträ	ge w	/erd	en n	ach	nge	zal	hlt	und	l de	r Ve	rtrag	3
	Der Beitrag soll ab dem Übertragungstermin auf einen Beitrag von EUR reduziert werden.																			
	(Der tarifliche Mindestbeitrag darf nicht unterschritten werden.)																			
	Die ab dem Über	rtragun	gste	rmin l	ois z	zum		01.		_	.20					_				
	maximal der aktuelle nächste Monatserste offenen Beiträge sollen durch eine technische Änderung ausgeglichen werden. (nicht möglich bei selbstständigen Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsversicherungen)																			
	Ab dem oben angegebenen Termin wird der Vertrag beitragspflichtig fortgesetzt.																			
	Der Vertrag soll ab dem Übertragungstermin/Zahlungsstand zunächst beitragsfrei fortgeführt werden – mit entsprechend reduziertem Versicherungsschutz.																			
<u>Die</u>	Beitragszahlung	erfolgt (durc	<u>h:</u>																
	Überweisung de	er Beitı	räge	an d	ie V	vwk														
	Abbuchung dur	ch die	ww	ΙK																
	Es wird dafür ein SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen erteilt:																			
	Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127																			
	Ich ermächtige die WWK Lebensversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.																			
	Hinweis: Die Mandatsreferenznummer wird mir nachträglich mitgeteilt.																			
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.																				
E	Bankverbindung:	l		1.		. 1			1	1		1				1				
		IBAN]		
E	BIC Name des Kreditinstituts																			
Hinweis: Bei Fondsgebundenen Versicherungen ist die Beitragszahlung bei privat fortgeführten Direktversicherungen grundsätzlich nur über ein SEPA-Lastschriftmandat möglich.																				
Ort und Datum Unterschrift des zukünftigen Versicherungsnehmers																				
Vorstan Vorsitze Sitz Müi Ust-ID [ebensversicherung a. G. d: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebr nder des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schin nchen - Registergericht München HR B DE129274155 E81WWK00000069127	idelhauer	k Fassott	IBA	ern LB M N: DE96	München 7005 0000 EMMXXX	0000 0	355 40		Marsst	München					Tele Fax: E-Ma	fon: +49 +49 89 ail: info		1-2020	