Nu**tzen Sie den Expertenservice  
der Stuttgarter**

Wir aktualisieren jährlich jeweils zum Jahresanfang alle Formulare, Vorlagen und Präsentationen für unsere erfolgreiche Stuttgarter bAV-Lösung.

Den aktuellen Stand finden Sie online unter:  
**bAV-Lösung.stuttgarter.de**

Änderungsmitteilung  
Personalabteilung

Realisieren Sie Folge- und Neugeschäft, indem Sie Änderungen begleiten, neue Mitarbeiter betreuen und ausgeschiedene Mitarbeiter informieren.

Mit dieser individualisierbaren Vorlage erfassen und übermitteln Sie bAV-relevante   
Änderungen wie Neueinstellungen, Ausscheiden oder Beitragsänderungen.

**Tipp!**Individualisieren Sie die Vorlage mit Ihren Firmendaten und Ihrem Logo. Viele weitere praktische Unterlagen für Ihre bAV-Beratung finden Sie auf **bAV-Loesung.stuttgarter.de**



Muster zur Änderungsmitteilung  
zur Direktversicherung

* Max Mustermann

Musterstr. 123

12345 Musterstadt

Telefon: 030 / 123 45 67 - 8

Fax: 030 / 123 45 67 - 9

Platz für Logo  
Vermittler

Bitte per FAX an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Firma: |
|  |
| Ansprechpartner: |
|  |
| Versicherungsnummer: |
|  |
| Versicherer: |
|  |
| Nachname, Vorname des Arbeitnehmers: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Neueintritt eines Mitarbeiters | | | |
|  | Diensteintritt zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Der Mitarbeiter soll zu unserer bAV-Lösung in einem Einzelgespräch informiert werden. Bitte rufen Sie wegen einer Terminvereinbarung an (Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | |
|  | Der Mitarbeiter hat eine betriebliche Altersversorgung vom Vorarbeitgeber.  Bitte führen Sie in unserem Auftrag ein Informationsgespräch zu den Möglichkeiten des Mitarbeiters. | | |
|  | Nur bei **rein** arbeitgeberfinanzierten Versorgungen: Bitte melden Sie den Mitarbeiter zum Versorgungswerk zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an. Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Personenkreis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | | |
| 2. Veränderungsmeldung Mitarbeiter im laufenden Dienstverhältnis | | | |
|  | 2.1 | Beitragsveränderung zur Direktversicherung: | |
|  | 2.1.1. | Laufende Erhöhung auf Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 2.1.2. | Laufende Absenkung auf Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 2.1.3. | Einmalige Zuzahlung in Höhe von Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Hinweis: Bitte denken Sie daran, bei jeder Beitragsveränderung eine neue Entgeltumwandlungsvereinbarung mit dem Arbeitnehmer zu schließen und in der Personalakte / Lohnkonto zu dokumentieren. Bitte fordern Sie eine aktuelle Vereinbarung bei uns an. | | |
|  | | | |
|  | 2.2. | Beginn einer entgeltlosen Zeit. Bitte stellen Sie die Direktversicherung beitragsfrei. | |
|  | 2.2.1. | Elternzeit, ab dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 2.2.2. | Ende der Lohnfortzahlung nach längerer Krankheit, ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 2.2.3. | Wegen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Hinweis: Bitte informieren Sie den Arbeitnehmer kurz darüber, dass er/sie die Direktversicherung und seinen Versicherungsschutz durch Zahlung von eigenen Beiträgen aufrechterhalten kann. Wenn er/sie diese Möglichkeit nicht in Anspruch nimmt, wird seine Direktversicherung beitragsfrei gestellt. Dazu hat er/sie nach Entgeltumwandlungsvereinbarung eine Frist von 4 Wochen. Nach 6 Monaten ist ggf. eine neue Risikoprüfung erforderlich. | | |
|  | | | |
|  | 2.3. | Ende einer entgeltlosen Zeit. Die Direktversicherung soll fortgeführt werden. | |
|  | Hinweis: Bitte denken Sie daran, bei jeder Beitragsveränderung eine neue Entgeltumwandlungsvereinbarung mit dem Arbeitnehmer zu schließen und in der Personalakte / Lohnkonto zu dokumentieren. Bitte fordern Sie eine aktuelle Vereinbarung bei uns an. | | |
|  | 2.3.1. | Ende der Elternzeit zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Höhe des Beitrags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Bitte beantragen Sie beim Versicherer fristgerecht, dass die Versicherung zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen gemäß § 212 VVG fortgesetzt wird. | | |
|  | 2.3.2. | Ende einer anderen entgeltlosen Zeit zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Höhe des Beitrags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | 2.3.3 | Beiträge sollen nachgezahlt werden, denn das erste Dienstverhältnis ruhte und der Arbeitnehmer hat im Inland keinen steuerpflichtigen Arbeitslohn bezogen (z. B. längere Krankheit, Elternzeit, Sabbatical, Entsendung ins Ausland). | |
|  |  | Jahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Höhe des Beitrags: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2.4. | | Eintritt des Versorgungsfalls: Tod bzw. ggf. Berufsunfähigkeit / Krankheit voraussichtlich länger als 6 Monate. | |
|  | Todesfall am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Bitte setzen Sie sich mit den Hinterbliebenen in Verbindung. | | | |
|  | Die Adresse lautet: | | | |
|  | Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | Berufsunfähigkeit / Krankheit voraussichtlich länger als 6 Monate: Bitte setzen Sie sich mit dem Arbeitnehmer zur Abwicklung direkt in Verbindung. Anschrift s. unten. | | | |
|  |  | | | |
| 3. Ausscheiden eines Mitarbeiters | | | | |
|  | Ausscheiden zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Wir beauftragen Sie, dass Sie sich mit dem Versicherer und dem Arbeitnehmer wegen der weiteren Vorgehensweise (versicherungsvertragliches Verfahren, Portabilität) in Verbindung setzen.  Bitte leiten Sie dem Versicherer weiter, dass wir für die bestehenden Direktversicherungsverträge, die für eine (beitragsorientierte) Leistungszusage abgeschlossen sind, die versicherungsvertragliche Lösung nach § 2 Abs. 2 S. 2 Betriebsrentengesetz verlangen. | | | |
|  |  | Zur Nutzung der versicherungsvertraglichen Lösung nach § 2 Abs. 2 S. 2 BetrAVG bestätigen wir:   * dass innerhalb von 3 Monaten seit dem Ausscheiden das Bezugsrecht des Mitarbeiters unwiderruflich ist, sowie keine Abtretung, keine Beleihung und keine Beitragsrückstände vorliegen. * von Beginn der Versicherung die Überschüsse nur zur Verbesserung der Versicherungsleistung verwendet wurden. * der ausgeschiedene Mitarbeiter das Recht zur Fortsetzung der Versicherung mit eigenen Beiträgen hat. | | |
|  |  | Eine Kopie der Direktversicherungspolice wurde dem Arbeitnehmer ausgehändigt. Der Arbeitnehmer ist damit einverstanden, dass im Sinne einer zügigen Verfahrensumsetzung die Quittungen in Kopie an den Versicherer weitergeleitet werden. | | |
|  | Der Anspruch des Arbeitnehmers auf betriebliche Altersversorgung auf die Versicherungsleistung, die der Versicherer im Versorgungsfall erbringt, wird begrenzt. Wir stimmen einer Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person hiermit zu.  Hinweis: Bitte informieren Sie den Arbeitnehmer, dass er selbst Versicherungsnehmer der Direktversicherung werden und den Vertrag mit eigenen Beiträgen fortsetzen kann. Wir empfehlen, diesen Hinweis sowie die Aushändigung der Kopie der Direktversicherungspolice quittieren zu lassen.  In der betrieblichen Altersversorgung verjährt das Betriebsrentenstammrecht erst 30 Jahre nach Eintritt des Versorgungsfalles. Deshalb sind die Unterlagen mindestens so lange aufzubewahren. Idealerweise wird ein Nachweis (z.B. Kopie der „Quittungen“ des Arbeitnehmers) an den Versicherer mitgesandt. | | | |
|  |  | | | |
| 4. Adresse / Adressänderung des Arbeitnehmers | | | | |
|  | Straße neu: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | PLZ / Ort neu: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Telefon neu: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Neue Adresse gilt ab: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | | |  |
| 5. Sonstiges | | | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Ort, Datum | | Stempel, Unterschrift Arbeitgeber | |
| Interner Bearbeitungsvermerk | | |
| Eingangsstempel: | | |
| Weitergeleitet an Versicherer am: \_\_\_\_\_\_\_\_ per FAX | | |
| Telefonat mit Personalabteilung am: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Inhalt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Telefonat mit Arbeitnehmer / Hinterbliebenen am \_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Inhalt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Muster Erklärung des Arbeitgebers zur Direktversicherung bei „3. Ausscheiden eines Mitarbeiters“

Erklärung des Arbeitgebers zur Direktversicherung (als (beitragsorientierte) Leistungszusage) aus Anlass des Ausscheidens des Arbeitnehmers

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsnummer.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Arbeitnehmer (Versicherte Person): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

In Zusammenhang mit der vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum \_\_.\_\_.20\_\_ verweisen wir als Arbeitgeber in Bezug auf die Höhe der unverfallbaren Anwartschaft auf die versicherungsvertragliche Lösung gem.   
§ 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG.

Wie bereits bei Abschluss der Direktversicherung vereinbart, geht die Versicherungsnehmereigenschaft nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf Sie über.

Sie können den Vertrag beitragspflichtig oder beitragsfrei fortsetzen. Bei Beitragsfreistellung oder Beitragsstundung kann der Anspruch auf Leistungen aus der Zusatzversicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit im Einzelfall ganz erlöschen.

Eine Kopie Ihres Versicherungsscheins erhalten Sie anbei zu unserer Entlastung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Stempel/Unterschrift Arbeitgeber

Zur Kenntnis genommen und Kopie des Versicherungsscheins erhalten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer/-inMuster-Schreiben an den Versicherer zu 3. Ausscheiden eines Mitarbeiters

Versicherungsunternehmen

Musterstraße 1

12345 Musterstadt

Ort, Datum

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsnummer(n):** | xx xxxx xx xx |
| **Versicherungsnehmer:** | Firma |
| **Versicherte Person:** | Mitarbeiter |

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teilen wir Ihnen mit, dass unser o. g. Mitarbeiter zum \_\_.\_\_.20\_\_ aus unserem Unternehmen ausscheidet.

Wir verweisen als Arbeitgeber in Bezug auf die Höhe der unverfallbaren Anwartschaft auf die versicherungsvertragliche Lösung gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG.

Bitte setzen Sie sich mit dem Mitarbeiter zwecks Fortführung des Vertrages in Verbindung.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber

**Anlage(n)**

Erklärung\_Arbeitgeber zur Direktversicherung