

§ 3 Nr. 63 EStG

Der Vertrag soll auf einen neuen Arbeitgeber übertragen werden?

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.
- **0476-1021 Übertragung auf den neuen Arbeitgeber § 3 Nr. 63 EStG**
- **0476-1020 Vereinbarung einer Entgeltumwandlung § 3 Nr. 63 EStG mit AG-Beteiligung**
Das Formblatt ist dann erforderlich, wenn die Direktversicherung in Form einer Entgeltumwandlung fortgeführt werden soll.

Anzeige des Dienstaustritts der versicherten Person

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer:
- **bisheriger** Arbeitgeber
Firmenname _____

Versicherte Person:
- **ausgeschiedener** Arbeitnehmer
Anrede, Vorname, Nachname und Geburtsdatum _____
Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____
Meldeanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort) _____

Diensteintritt: _____
Datum, zu dem der Arbeitnehmer in das Unternehmen eingetreten ist

Dienstaustritt: _____
Datum, zu dem der Arbeitnehmer aus dem Unternehmen ausscheidet/ausgeschieden ist

Wir zeigen an, dass die versicherte Person mit unverfallbaren Anwartschaften aus unserem Betrieb ausgeschieden ist. Die Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft erfolgt wie vereinbart auf die versicherte Person, sofern alle Vorgaben gemäß dem Geldwäschegesetz (GwG) erfüllt werden.

Der zuletzt in der Gehaltsabrechnung des Arbeitnehmers berücksichtigte Beitrag war für den Monat/Jahr:

Monat und Jahr

Die folgenden Beiträge sollen auf das bekannte Konto erstattet werden, weil diese nicht mehr in der Gehaltsabrechnung des Arbeitnehmers berücksichtigt wurden:

Betrag in Euro

Über die berücksichtigten Beiträge hinaus erfolgt keine weitere Beitragszahlung. Die Versicherung soll beitragsfrei fortgeführt werden.

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel des bisherigen **Arbeitgebers**
(=Versicherungsnehmer)

Position des Unterzeichners **Arbeitgeber**
im Unternehmen in Blockschrift

Name des Unterzeichners **Arbeitgeber** in Blockschrift
(Vor- und Zuname)

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

Konto:
Bayern LB München
IBAN: DE96 7005 0000 0000 0355 40
BIC: BYLADEMXXX

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

Übertragung des Versicherungsvertrags auf den neuen Arbeitgeber (§ 3 Nr. 63 EStG)

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person:

- **Arbeitnehmer**

Anrede, Vorname, Nachname und Geburtsdatum

Zukünftiger

Versicherungsnehmer:

- **neuer Arbeitgeber**

Firmenname

Firmenanschrift

Ergänzende Angaben zur Rechtsform des neuen Arbeitgebers:

Die WWK Versicherungen sind nach dem Geldwäschegesetz (GwG) verpflichtet, die folgenden Daten festzustellen und auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. **Um der Erfüllung der Pflichten gemäß § 8 GwG nachzukommen, benötigen wir eine Kopie eines der jeweils unten genannten Dokumente.**

Personen- oder Kapitalgesellschaft

oder Einzelunternehmen

Registernummer z. B. Handelsregisternummer

Name des/der gesetzlichen Vertreter

Eine Kopie des angekreuzten Dokuments ist beigefügt.

Auszug aus einem amtlichen Register (insbesondere Handelsregister)

Gründungsdokument oder gleichwertiges beweiskräftiges Dokument

Vorname und Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Eine Kopie des angekreuzten Dokuments ist beigefügt.

Personalausweis

Reisepass

Übertragungserklärung des Arbeitnehmers:

Ich beantrage die Übertragung der Versicherungsnehmer-Rechte und sämtlicher Pflichten aus der oben angegebenen Versicherung auf den neuen Versicherungsnehmer.

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

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

Konto:
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

Übertragung des Versicherungsvertrags auf den neuen Arbeitgeber (§ 3 Nr. 63 EStG)

Versicherungsnummer: _____

Übernahmeerklärung des zukünftigen Versicherungsnehmers (Arbeitgebers):

Wir nehmen den Antrag des bisherigen Versicherungsnehmers an und übernehmen die Versicherungsnehmer-Rechte und sämtliche Pflichten aus der oben angegebenen Versicherung und die damit verbundene Versorgungszusage gemäß § 4 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG.

Der Arbeitnehmer ist für den Todes- und Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt.

Die bisher vereinbarte widerrufliche Verfügung zu Gunsten der Hinterbliebenen des Arbeitnehmers gilt unverändert.

Die Versicherungsunterlagen, aus denen alle maßgeblichen Vertragsdaten hervorgehen, haben wir erhalten. Wir bestätigen den Vertragsinhalt gegenüber dem Arbeitnehmer.

Art der Fortführung:

Der Vertrag wird ab dem 01. _____ .20 _____ fortgeführt als:
Monat Jahr

- Direktversicherung durch **Entgeltumwandlung**
- vom **Arbeitgeber finanzierte** Direktversicherung

Bankverbindung des Arbeitgebers (Pflichtangabe):

Bankverbindung:	
BIC	Name des Kreditinstituts

Die Beitragszahlung erfolgt von oben genanntem Konto durch:

- Überweisung der Beiträge an die WWK**
- Abbuchung durch die WWK vom Firmenkonto**

Es wird dafür ein SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen erteilt:

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK00000069127

Wir ermächtigen die WWK Lebensversicherung a. G., Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Die Mandatsreferenznummer wird uns nachträglich mitgeteilt.

Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird uns spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Übertragung des Versicherungsvertrags auf den neuen Arbeitgeber (§ 3 Nr. 63 EStG)

Versicherungsnummer: _____

Bis zum Übernahmetermin eventuell offene Beiträge werden:

- durch den Arbeitnehmer umgehend privat eingezahlt.
(Erfolgt die Nachzahlung nicht bis zum vereinbarten Termin, werden die offenen Beiträge durch eine technische Änderung ausgeglichen.)
- nicht** nachgezahlt, sondern sollen durch eine technische Änderung ausgeglichen werden.
(nicht möglich bei selbständigen Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsversicherungen)

Regelung bei Ausscheiden des Arbeitnehmers:

Scheidet die versicherte Person (Arbeitnehmer) vor Eintritt des Versicherungsfalls aus den Diensten des Versicherungsnehmers (Arbeitgebers) aus, geht die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf die ausgeschiedene versicherte Person über.

Das setzt voraus, dass das Ausscheiden dem Versicherer angezeigt wird und die sozialen Auflagen nach § 2 Absatz 2 BetrAVG (Betriebsrentengesetz) erfüllt sind.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient der Erfüllung eines Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen beziehungsweise der Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung und erfolgt auf Anfrage der betroffenen Person zur Übertragung des Versicherungsvertrages.

Unsere Datenschutzhinweise und weitere Informationen zur Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die WWK Lebensversicherung a. G. finden Sie unter:

<https://www.wwk.de/datenschutz/>

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel des **zukünftigen Arbeitgebers**
(= Versicherungsnehmer)

Position des Unterzeichners **Arbeitgeber**
im Unternehmen in Blockschrift

Name des Unterzeichners **Arbeitgeber** in Blockschrift
(Vor- und Zuname)

Direktversicherung: _____
Versicherungsnummer

Vereinbarung einer Entgeltumwandlung (§ 3 Nr. 63 EStG)

zwischen

Arbeitgeber: _____
Firmenname und Firmenanschrift

und

Arbeitnehmer: _____
Anrede, Vorname, Nachname und Anschrift
(Der Begriff „Arbeitnehmer“ wird allgemein verwendet und bezeichnet im Folgenden alle Geschlechter.)

In Abänderung des derzeit gültigen Arbeitsvertrags wird zum _____
Folgendes vereinbart: Beginn der Vereinbarung (tt.mm.jjjj)

1. Vereinbarung über eine Direktversicherung durch Entgeltumwandlung

Die zukünftigen Entgeltansprüche des Arbeitnehmers werden einvernehmlich zu Gunsten einer wertgleichen Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung (bAV) umgewandelt (Entgeltumwandlung nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz; BetrAVG). Die Entgeltumwandlung erfolgt aus:

- laufenden Entgeltansprüchen** _____ EUR
 - inkl. dem Anspruch auf **vermögenswirksame Leistungen** (Arbeitgeberanteil) _____ EUR
- Sonderbezügen** _____ EUR
 - Urlaubsgeld
 - Weihnachtsgeld
 - Tantieme / Gewinnbeteiligung

Bei Erhöhung der Entgeltansprüche sowie bei der Bemessung anderer davon abhängiger Leistungen (wie Weihnachtsg Gratifikationen, Jubiläumsgelder, Pensionsansprüche, Zuschläge oder Ähnliches) bleiben die gegenüber dieser Entgeltumwandlungsvereinbarung ungeminderten Entgeltansprüche maßgebend.

2. Vereinbarung über eine Arbeitgeberbeteiligung zur Direktversicherung

Sofern und solange eine Entgeltumwandlung nach Punkt 1 besteht, wird eine Arbeitgeberbeteiligung in Höhe von _____ EUR gewährt. Diese Arbeitgeberbeteiligung beinhaltet die durch die Entgeltumwandlung ggf. ganz oder teilweise erzielte Einsparung an Sozialversicherungsbeiträgen des Arbeitgebers und dient damit der **Umsetzung der Verpflichtung zum Arbeitgeberzuschuss** i. S. der §§ 1a Abs. 1a und 26a BetrAVG. Es gilt auch für den Beitragsteil der Arbeitgeberbeteiligung die sofortige Unverfallbarkeit als vereinbart.

3. (Gesamt-)Versicherungsbeitrag

Entgeltumwandlungsbetrag ggf. plus Arbeitgeberbeteiligung: _____ EUR

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel des **Arbeitgebers**
(= Versicherungsnehmer)

Position des Unterzeichners **Arbeitgeber**
im Unternehmen in Blockschrift

Name des Unterzeichners **Arbeitgeber** in Blockschrift
(Vor- und Zuname)

Ort und Datum

Unterschrift des **Arbeitnehmers** (= versicherte Person)