Unterstützungskasse Allianz-Pensions-Management e. V.
in Kooperation mit MetallRente

MetallRente

Versand bitte an lebensversicherung@allianz.de

Abmeldung Unterstützungskasse

Versicherungsnummer(n): _____

Um Fragen und dadurch entstehende Verzögerungen zu vermeiden, prüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen beantwortet sind. *Hinweise zum Ausfüllen sind blau und kursiv dargestellt.* Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Angaben zur versicherten Person (Arbeitnehmer):

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Bei mitversicherten Hinterbliebenenrenten
☐ Verheiratet / in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit:
Name, Vorname: _____, geb. am: _____

Angaben zum Ausscheiden am _____ (Ausscheidetermin)

☐ Beendigung des Arbeitsverhältnisses *wenn Sie hier ankreuzen, bitte weiter ab „Angaben zur Beitragszahlung"*

Bei einem der folgenden Gründe unterschreiben Sie bitte nur noch am Ende. Wir werden dann auf Sie zukommen.

☐ Bezug von Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente
☐ Bezug von Altersruhegeld
☐ _____
☐ Der Arbeitnehmer scheidet vorzeitig aus, weil er in den vorzeitigen Ruhestand geht. Er möchte die Versorgungsansprüche und Leistungen aus der Unterstützungskasse als ☐ Rente oder ☐ Kapital (☐ noch nicht entschieden)
  ☐ sofort in Anspruch nehmen, sofern der Leistungsplan dies vorsieht
  ☐ erst zum regulären Pensionierungstermin/regulären Ablauf in Anspruch nehmen

Angaben zur Beitragszahlung:

Der letzte Versicherungsbeitrag wurde bzw. wird am _____ in Höhe von _____ EUR durch uns bezahlt.
Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir
☐ keine Ansprüche ☐ Ansprüche *(nicht bei Entgeltumwandlung)*

Verfallbare Anwartschaften:

Hinweis: Sind die Anwartschaften des Arbeitnehmers *(gesetzlich und vertraglich)* verfallbar, so hat er in Ihren Diensten keinen Anspruch auf Leistungen erworben. Der Allianz-Pensions-Management e. V. (APM) verrechnet in diesem Fall die Leistungen der frei werdenden Rückdeckungsversicherung mit Beiträgen zu Versorgungen Ihrer anderen Arbeitnehmer.

Unverfallbare Anwartschaften:

Sind die Anwartschaften des Arbeitnehmers *(gesetzlich / vertraglich)* unverfallbar, erklären wir uns mit Folgendem einverstanden:

☐ **Abfindung***
Hat der Arbeitnehmer lediglich Kleinstanwartschaften im Sinne des § 3 Absatz 2 Satz 1 BetrAVG erworben, erklären wir die einseitige Abfindung der Versorgung. Sind die Anwartschaften lediglich vertraglich unverfallbar und ist der Arbeitnehmer mit einer Abfindung einverstanden, so stimmen wir hiermit der Abfindung der Versorgung zu.

Die Auszahlung erfolgt auf unsere bekannte (LS-)Bankverbindung

☐ Abweichend auf unser Firmenkonto IBAN _____
BIC _____

Übertragung auf einen neuen Arbeitgeber: *(bitte streichen, wenn Ihrerseits keine Übertragung gewünscht ist)*
Kommt keine Abfindung zustande, sind wir zeitlich unbegrenzt einverstanden, die Unterstützungskassenversorgung sowie das zuzurechnende Kassenvermögen, das alle bis dahin erbrachten Zuwendungen enthält (ohne Rückforderungsmöglichkeit), auf den neuen Arbeitgeber des Arbeitnehmers zu übertragen, falls die Zustimmungen des neuen Arbeitgebers und Arbeitnehmers vorliegen.

Kommt keine Abfindung oder Übertragung auf einen neuen Arbeitgeber zustande, so bleibt die Unterstützungskassenversorgung in erdienter Höhe bei Ihnen bestehen.

Ansprechpartner, Telefonnummer und E-Mail für Fragen:

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Arbeitgebers

Bitte lassen Sie die nächste Seite vom Arbeitnehmer ausfüllen und unterschreiben.
Um Fragen oder Missverständnisse zu vermeiden, reichen Sie bitte immer beide Seiten des Formulars ein.

Erklärung des Arbeitnehmers

Versicherungsnummer(n): _____

Mir ist bekannt, dass mein Arbeitgeber unter bestimmten Umständen zur einseitigen Abfindung meiner Anwartschaften berechtigt ist (Kleinstanwartschaften nach dem Betriebsrentengesetz). Werden meine Anwartschaften nicht einseitig abgefunden, wünsche ich:

☐ eine **Abfindung***

Mir ist bekannt, dass in Höhe der Abfindung lohnsteuerrechtlicher Zufluss mit entsprechenden steuerlichen Konsequenzen vorliegt. Für den Fall, dass weder mein Wohnsitz noch mein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland liegt, können steuerliche Besonderheiten gelten.

☐ Übertragung auf einen **neuen Arbeitgeber:**
Sofern eine Abfindung nicht zustande kommt, wünsche ich zum _____ die **Übertragung** meiner Versorgungsanwartschaft auf meinen neuen Arbeitgeber.
Ich bin damit einverstanden, dass sich die Leistungen reduzieren, falls die Zusage nicht lückenlos übernommen wird. Mir ist bewusst, dass es in diesem Fall zu Einbußen im Vergleich zur bisherigen Regelung bei den zugesagten Versorgungsleistungen kommen kann.

Hinweis: Übernehmen Sie im neuen Unternehmen die Position eines beherrschenden GGF oder werden Sie aufgrund eines Beratervertrages tätig, ist die Übertragung ggf. nicht möglich.

Name des neues Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner in der Firma _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ Es besteht für meinen Arbeitgeber folgender Gruppenvertrag (Vertragsnummer): _____

Mir ist bekannt, dass die Übertragung der Unterstützungskassenzusage die Zustimmung meines alten und neuen Arbeitgebers, sowie der Unterstützungskasse voraussetzt.

Für die Übernahme der Zusage seitens des neuen Arbeitgebers werden diesem durch den Allianz-Pensions-Management e. V. (APM) Informationen zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen und/oder -einschränkungen mitgeteilt. Diese können Gesundheitsdaten enthalten. **Ich bin damit einverstanden, dass APM dem neuen Arbeitgeber Informationen zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen und/oder -einschränkungen mitteilt; diese können auch Informationen über meine Gesundheit enthalten.**

Kommt keine Abfindung oder Übertragung auf einen neuen Arbeitgeber zustande, so bleibt die Unterstützungskassenversorgung beitragsfrei bestehen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Arbeitnehmers

Telefon: _____ E-Mail: _____

freiwillige Angaben

* Hinweise zu den Abfindungsmöglichkeiten:

Vertraglich unverfallbare Ansprüche sind generell abfindbar, sofern sie (noch) nicht gesetzlich unverfallbar sind und sowohl Arbeitnehmer und Arbeitgeber der Abfindung zustimmen.

Die Abfindung des **gesetzlich unverfallbaren Anspruchs** ist in Ausnahmefällen unter den Voraussetzungen des § 3 Absatz 2 bis 5 BetrAVG möglich. Praktisch relevant ist insbesondere der Fall, dass es sich um geringfügige Anwartschaften im Sinne des § 3 Absatz 2 Satz 1 BetrAVG handelt. Diese Abfindung kann vom Arbeitgeber einseitig beantragt werden.

Weitere Informationen stehen im Merkblatt FVB--0266Z0.