



# Übertragung der Direktversicherung auf einen neuen Arbeitgeber

Versicherungs-Nr.

Versicherungsgesellschaft

## Versicherte Person

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

## Bisheriger Arbeitgeber

Firma, Anschrift, Rechtsform

Steuer-ID-Nummer

## Zukünftiger Arbeitgeber

Firma, Anschrift, Rechtsform

Steuer-ID-Nummer

## Erklärung des zukünftigen Arbeitgebers

Die versicherte Person ist am \_\_\_\_\_ in unser Unternehmen eingetreten.

Wir erklären uns bereit die Versicherungsnehmereigenschaft ab dem \_\_\_\_\_ zu übernehmen. Der bestehende obige Versicherungsvertrag wird durch uns als neuen Versicherungsnehmer **unverändert** fortgeführt. Bei dieser Übertragung der Direktversicherung handelt es sich um einen Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft.

## Finanzierung des Gesamtbeitrages

wie im bestehenden Vertrag

Arbeitgeberfinanzierung

Arbeitnehmerfinanzierung  
(Entgeltumwandlung)

Mischfinanzierung

Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben folgende Teilung des o.g. Gesamtbeitrages vereinbart:

Arbeitgeber

% Arbeitnehmer

%

Es gelten die gleichen Vertragsdaten wie in der o.g. bestehenden Versicherung (Rentenbeginnalter, Rentengarantiezeit, Unverfallbarkeit, Bezugsrecht usw.).

## Beitragszahlung (Beitragszahler ist der zukünftige Arbeitgeber)

SEPA-Lastschriftverfahren

Dauerauftrag

**Nur bei SEPA:** Ich ermächtige die Liechtenstein Life Assurance AG, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Liechtenstein Life Assurance AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsempfänger: Liechtenstein Life Assurance AG, Industriering 37, 9491 Ruggell, Liechtenstein. Gläubiger-ID: AT31ZZZ00000014607

Die Mandatsreferenznummer wird mir vor dem ersten SEPA-Lastschritteinzug mitgeteilt. Ich stimme einer Mitteilung der Mandatsreferenznummer per Email zu. Die Beträge werden zu den jeweils vertraglich vereinbarten Fälligkeitsterminen eingezogen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

Name und Sitz des Geldinstituts

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers / Bevollmächtigten

**Ein Handelsregistorauszug des neuen VN sowie eine Ausweiskopie des gemäss Handelsregistorauszug Bevollmächtigten sind zwingend beizulegen.**

*(Bitte bei SEPA-Lastschriftmandat stets unterschreiben)*

## Unterschriften

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers (versicherte Person)

Stempel und Unterschrift des bisherigen Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des zukünftigen Arbeitgebers