

Betriebliche Altersversorgung

Einmalige Kapitalabfindung nach § 3 BetrAVG

Vereinbarung zur Direktversicherung: _____	
Zwischen _____	(Arbeitgeber)
und Herrn/Frau _____	(Arbeitnehmer)

Aufgrund folgender Daten:	
Geburtsdatum _____	Diensteintritt: _____
Beginn der Versorgungszusage : _____	Dienstaustritt: _____
ist eine unverfallbare Anwartschaft nach § 1b bzw. § 30f BetrAVG gegeben.	

Bestehen weitere unverfallbare Zusagen auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls weitere Zusagen bestehen:	
Bei Erreichen der vorgesehenen Altersgrenze wird bei der/den weiteren Zusage/n folgender Betrag fällig:	EUR
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> einmalig	

Die unverfallbare Anwartschaft soll nach § 3 BetrAVG durch eine einmalige Kapitalabfindung abgegolten werden.

Der Versorgungsberechtigte erhält als einmalige Kapitalabfindung das vorhandene Deckungskapital aus der Direktversicherung _____.

Der Abfindungsbetrag ist vom Versorgungsberechtigten zu versteuern. Der Arbeitnehmer erhält die Bestätigung für das Finanzamt vom Versicherer.

Der Versicherer meldet die Auszahlung der einmaligen Kapitalabfindung gemäß § 22a EStG der Zentralen Stelle für Altersvermögen.

Die Steueridentifikationsnummer des begünstigten Arbeitnehmers lautet: _____

Der Abfindungsbetrag ist auf folgendes Konto des Arbeitnehmers zu überweisen:

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Bei der Abfindung handelt es sich um einen Versorgungsbezug, den der Versicherer der Krankenkasse des Versorgungsberechtigten melden muss. Die Auskunft zur Krankenversicherung liegt bei.

Mit dieser Vereinbarung sind sämtliche Ansprüche aus der Direktversicherung abgegolten. Weitere Ansprüche können weder vom Versorgungsberechtigten noch von seinen Hinterbliebenen dem Arbeitgeber gegenüber geltend gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers mit Firmenstempel

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers (versicherte Person)