Debeka

Debeka
Lebensversicherungsverein a. G.
Pensionskasse AG

Bitte drucken Sie das Formular aus, unterschreiben es und senden es entweder
- per E-Mail an bAV@debeka.de oder
- mit der Post an die folgende Adresse

Service-Nr.: _____

Debeka Lebensversicherungsverein a. G.
56058 Koblenz

Mitteilung zur Fortführung des Versicherungsvertrages

Vertragsnummer/n				
Angaben zur versicherten Person	Versicherte Person (Arbeitnehmer/in)			
	Geburtsdatum			
Fortführung der o. g. Versicherung/en	☐ **Die o. g. Versicherung/en wird/werden von einem neuen Arbeitgeber fortgeführt:** Das hierzu erforderliche Formular "Erklärung zur Weiterführung der betrieblichen Altersversorgung" (www.debeka.de/bav-formulare) habe ich beigefügt. Eine ausführliche Ausfüllhilfe für den Arbeitgeber findet sich unter www.debeka.de/bav-arbeitgeberwechsel. ☐ **Die o. g. Versicherung/en werden von mir privat fortgeführt:** ☐ Ich will den bisherigen Beitrag ab dem _____ von der im beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat genannten Bankverbindung privat weiterzahlen. ☐ Ich will vorübergehend keine Beiträge zahlen. Die erforderliche Unterbrechungsvereinbarung (www.debeka.de/bav-formulare) habe ich beigefügt. Im Falle einer Unterbrechung der Beitragszahlung wird die Versicherungsleistung auf die beitragsfreie Versicherungssumme bzw. Rente begrenzt. Die Höhe der beitragsfreien Versicherungssumme bzw. Rente können Sie der jährlichen Renteninformation entnehmen.			

X _____
Datum

X _____
Unterschrift der versicherten Person

III L 68 (26.08.2024) 2110FO1120 D

Service-Nummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Mandat für wiederkehrende Lastschriften für die **Debeka Versicherung**

Debeka Versicherung, 56058 Koblenz
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE54 DBK 000000 54093**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Debeka Versicherung, Zahlungen sowie etwaige Rückbelastungsgebühren von meiner/unserer Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Debeka Versicherung auf meine/unsere Bankverbindung gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags bei meinem/unserem Kreditinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der die Abbuchung vorab angekündigt wird, auf mindestens drei Werktage verkürzt wird.

Falls sich meine/unsere Daten ändern, benachrichtige ich/benachrichtigen wir umgehend die Debeka Versicherung, Abteilung FI/Z, 56058 Koblenz.

Bankverbindung	IBAN	
	BIC	
	Kreditinstitut	
Kontoinhaber	Name, Vorname bzw. Firmenbezeichnung	
	Geburtsdatum	(bei natürlichen Personen)
	Telefonnummer	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Ort	

X
Datum

X
Unterschrift (bei Firmen mit Firmenstempel)