

Bezugsrechtserklärung für Direktversicherungen

Vertrags-Nr. _____

Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

Versicherte Person (Arbeitnehmer)

Bezugsrecht:

Entgeltumwandlung

unwiderruflich bezugsberechtigt **ab sofort**

Sozialversicherungsersparnis des Arbeitgebers

unwiderruflich bezugsberechtigt **ab sofort**

Umwandlung vermögenswirksame Leistung

unwiderruflich bezugsberechtigt **ab sofort**

arbeitgeberfinanzierter Anteil

unwiderruflich bezugsberechtigt **ab sofort**

unwiderruflich **ab der gesetzlichen Unverfallbarkeit**
(nicht bei beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern)

Bei **widerruflichem** Bezugsrecht ist die versicherte Person für Leistungen im Erlebensfall bezugsberechtigt.

Bei **unwiderruflichem** Bezugsrecht ist die versicherte Person für Leistungen im Todes- und Erlebensfall bezugsberechtigt.

Ist das Todesfallbezugsrecht unwiderruflich, kann das widerrufliche nachrangige Bezugsrecht für den Todesfall im steuerrechtlich zulässigen Rahmen von der unwiderruflich bezugsberechtigten Person bestimmt und geändert werden. Für die bis zum Versicherungsnehmerwechsel/zur Änderung der Versorgungsform erworbenen Ansprüche ist die versicherte Person im Todes- und Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt.

Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG

Die Bezugsberechtigung zugunsten der Hinterbliebenen und die Rangfolge für die Auszahlung der Leistungen im Todesfall ergibt sich

- für Direktversicherungen: aus den Besonderen Bedingungen für die Direktversicherung

Name, Vorname, Geb.datum des bezugsberechtigten **Lebensgefährten**:

Name, Vorname, Geb.datum der bezugsberechtigten Person für das **Sterbegeld**:

Anwendung des § 40b EStG (z.B. für Versorgungszusagen der Direktversicherung vor dem 01.01.2005)

Für Leistungen im Todesfall ist bezugsberechtigt

der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war **oder**

namentliches Bezugsrecht: Name, Vorname, Geb.datum der bezugsberechtigten Person:

_____, Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

_____, Datum

Ort

Unterschrift der versicherten Person