

Abmeldungen zu Vertrag Nr. _____ und ggf. Firmennummer _____
 (nur für Rückdeckungsversicherungen einschließlich Allianz Unterstützungskassen)

lfd. Nr. der Versicherung	Ggf. Personennummer	Zu- und Vorname der versicherten Person	Datum des Ausscheidens aus den Diensten der Firma	Abmeldegrund
				<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> _____

Hinweis (gilt nicht für Allianz Unterstützungskasse)

Soll eine Versicherung auf die versicherte Person oder den neuen Arbeitgeber übertragen werden, teilen Sie uns bitte die Anschrift des neuen Versicherungsnehmers sowie den Termin mit, bis zu dem Sie die Beiträge übernehmen.

Lfd. Nr.	Zu- und Vorname	Datum des Ausscheidens	Beiträge werden bis einschl. übernommen	Anschrift
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Geldinstitut _____

IBAN

BIC

_____ Ort und Datum

_____ (Stempel und Unterschrift des Vertragspartners)

PESVA01272