

Betriebliche Altersvorsorge (BAV) - Austrittsformular eines Mitgliedes

Auszufüllen vom vorherigen Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers:

Name des ausgetretenen Mitgliedes: Sozialversicherungsnummer:

Letzer Arbeitstag: (einschliesslich Kündigungsfrist)

Grund des Austritts: Rentenantritt Kündigung des Arbeitsvertrages
 Vorzeitiger Rentenantritt Wechsel zu einem Unternehmen derselben Gruppe:

Invalidität

Summe der eventuell gezahlten persönlichen Mitarbeiterbeiträge im letzten Arbeitsjahr:

Wohnsitzadresse: Nummer, Straße

Postleitzahl, Stadt

Land

Handynummer:

E-Mail:

Datum

Unterschrift des vorherigen Arbeitgebers

Der vorherige Arbeitgeber gibt automatisch sein Einverständnis bezüglich der vom ausgetretenen Mitglied gewählten Option.

Auszufüllen vom ausgetretenen Mitglied (außer im Falle einer Invalidität)

Die Akte wird nicht bearbeitet, solange wir nicht alle Informationen und erforderlichen Belege erhalten haben.

Wir können Ihnen derzeit keine genauen Angaben zur Höhe und Verfügbarkeit Ihrer Anwartschaft machen, da diese vorab auf ihre Unverfallbarkeit geprüft werden muss, das heißt, ob Sie die in den Satzungen vorgesehene Mindestanzahl von Dienstjahren in Ihrem abgelaufenen Arbeitsverhältnis erreicht haben. Sie finden eine Schätzung der Höhe Ihrer Anwartschaften auf Ihrer jährlichen Bescheinigung. Falls Sie Anwartschaften haben, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Option 1 Der Barwert Ihrer unverfallbaren Anwartschaften kann in ein **zugelassenes Versorgungswerk** ("Régime complémentaire de pension agréé") bei der La Luxembourgeoise-Vie übertragen werden (außer im Fall des (vorzeitigen) Rentenantritts).

Es handelt sich dabei um eine Altersruhegeld-Erlebensversicherung auf Ihren Namen, in die der Ihnen geschuldete Betrag übertragen wird. Der Betrag wird grundsätzlich bei Alter 60 fällig. Im Fall des Todes vor Erreichen dieses Alters werden die angesparten Beträge in jedem Fall ausbezahlt. Im Fall des Ausscheidens bei einem neuen Arbeitgeber und der Erfüllung einer der in Option 3 beschriebenen Bedingungen, kann das angesparte Kapital vorzeitig ausbezahlt werden.

Bitte geben Sie einen/mehrere Begünstigte(n) im Todesfall an und die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Begünstigten, sowie das/die Geburtsdatum/daten:

Falls mehrere Begünstigte bestimmt sind, werden die Anwartschaften, außer anders angegeben, in gleiche Teile aufgeteilt

Option 2 Übertragung der Anwartschaften in eine betriebliche Altersvorsorge in Luxemburg

Ihres neuen Arbeitgebers (BAV) - eine solche Übertragung setzt ein schriftliches Einverständnis des neuen Arbeitgebers voraus. Anbei erteilt der neue Arbeitgeber sein Einverständnis bezüglich der Übertragung der Anwartschaften:

Datum

Name und Unterschrift des neuen Arbeitgebers

Verwalter der neuen BAV

Name der Versicherungsgesellschaft

oder für Selbstständige (RCPI), welche Sie in Ihrer Funktion als Selbstständiger auferlegen möchten.

Option 3 Auszahlung der Ersparnisse auf Ihr Bankkonto. Diese Option ist allerdings nur möglich, falls eine der nachstehenden vom Gesetz vorgesehenen Bedingungen erfüllt ist:

(1) entweder ist der Betrag auf den Sie Anrecht haben (eine Schätzung der Höhe Ihrer Anwartschaften finden Sie auf Ihrer jährlichen Bescheinigung) kleiner als 3-mal das soziale Mindesteinkommen,

(2) oder, durch Ihre neue Aktivität unterliegen Sie nicht mehr der luxemburgischen Krankenversicherung,

(3) oder, Sie erhalten eine Altersrente (oder vorzeitige Altersrente) durch die Sozialversicherung.

Falls zum Zeitpunkt Ihrer Anfrage, keine der drei Bedingungen erfüllt ist, geben Sie Ihr ausdrückliches Einverständnis, dass Ihre Ersparnisse in ein zugelassenes Versorgungswerk übertragen werden (cf. Option 1).

Entsprechend der von Ihnen angekreuzten Bedingung (1), (2) oder (3), möchten wir Sie bitten folgendes zu vervollständigen, bzw. Belege beizufügen:

Bedingung (1) + (2) + (3): *Bankidentitätsbestätigung Ihres Kontos*

IBAN Kontonummer

BIC Code

Bedingung (2)

- *Bescheinigung der Mitgliedschaft über einen Zeitraum von 3 Jahren in der luxemburgischen Sozialversicherung [das Bestellen der Bescheinigung über die Internetseite www.ccss.lu, kann frühestens nach dem letzten Arbeitstag (einschließlich Kündigungsfrist) angefragt werden]*

- *Kopie Ihres Arbeitsvertrages mit einem nicht luxemburgischen Arbeitgeber.*

Bedingung (3)

- *Beleg Ihres Rentenantritts.*

Falls Sie Ihre Ersparnisse in der BAV Ihres vorherigen Arbeitgebers beibehalten möchten, bitten wir Sie, diesen zu kontaktieren.

Datum

Unterschrift des ausgetretenen Mitgliedes

WICHTIG:

⇒ legen Sie bitte eine recto-verso Kopie Ihres noch gültigen Personalausweises bei

⇒ füllen Sie bitte die Selbstzertifizierung auf der kommenden Seite aus und unterschreiben Sie diese

Selbstzertifizierung bezüglich des steuerlichen Wohnsitzes und KYC

WICHTIG: Auszufüllen vom ausgetretenen Mitglied. Das unvollständige ausfüllen dieses Formulars führt eine Aussetzung der Bearbeitung Ihrer Anfrage der Vorderseite mit sich

Teil I - Identifikation des ausgetretenen Mitgliedes

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
Geburtsland:	Nationalität(en):		
Wohnsitz: Nummer, Straße			
Postleitzahl, Stadt			
Land			
Handynummer:			
E-Mail:			
Wichtiges politisches Amt:	Name	Funktion	Land
<input type="checkbox"/> ja, ich selber
<input type="checkbox"/> ja, eine Person meines nahen Umfeldes
<input type="checkbox"/> nein (weder ich selber, noch eine Person meines nahen Umfeldes)

Teil II - Steuerlicher Wohnsitz

Informationen zum steuerlichen Wohnsitz und zur steuerlichen Identifikationsnummer finden Sie unter:
<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>
<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/>

Ich habe meinen steuerlichen Wohnsitz in Luxemburg und habe keinen weiteren steuerlichen Wohnsitz.
 Wenn sich Ihr oben angegebener Wohnsitz nicht im Großherzogtum Luxemburg befinden und Ihr steuerlicher Wohnsitz Ihrer Meinung nach dennoch Luxemburg ist, was unwahrscheinlich ist, bestätigen Sie, dass ihre Situation durch einen Steuerfachmann geprüft wurde der diesen steuerlichen Wohnsitz bestimmt hat.

Ich habe einen anderen steuerlichen Wohnsitz als das Großherzogtum Luxemburg

Land/Länder des/der steuerlichen Wohnsitz(es)	Steuerliche Identifikationsnummer(n) (IdNr.)
.....
.....
.....

Teil III - Erklärung und Unterschrift

Der Verantwortliche für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist LA LUXEMBOURGEOISE-VIE, mit Sitz in 9, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Der Datenschutzbeauftragte ist unter folgender Adresse erreichbar: dpo@lalux.lu.

Gemäß der Verordnung zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten sammelt und verarbeitet der Verantwortliche die personenbezogenen Daten die das ausgetretene Mitglied ihm für folgende Zwecke mitgeteilt hat:

- Die Versicherungsverträge vorbereiten, erstellen, verwalten und ausführen. Die Datenverarbeitung ist für die Ausführung eines Vertrages notwendig, bei dem die betroffene Person Mitglied ist. Die personenbezogenen Daten werden demnach den verantwortlichen Angestellten, den Kontrollinstituten, den Lalux-Agenten, den Bankpartnern der LALUX sowie Versicherungsmaklern des Verantwortlichen für die Datenverarbeitung mitgeteilt.
- Die geforderten Daten sammeln und sie ggf. der Steuerverwaltung weiterleiten damit sie gemäß dem abgeänderten Gesetz vom 18.12.2015 bezüglich des automatischen Austausches von Informationen zu Finanzkonten im Steuerbereich der ausländischen Steuerverwaltung des steuerlichen Wohnsitzes der betroffenen Person weitergeleitet werden können. Diese Datenverarbeitung ist aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung der der Verantwortliche für die Datenverarbeitung unterliegt, notwendig.

Die betroffene Person hat das Recht, vom Verantwortlichen für die Datenverarbeitung den Zugang der personenbezogenen Daten, deren Korrektur zu fordern.

Die Antworten auf die Fragen bezüglich des Steuerstatuts sind obligatorisch. In Ermangelung wird die Zahlung der Versicherungsleistung aufgeschoben.

Die Dauer der Datenspeicherung ist auf die Dauer der Datenverarbeitung begrenzt und auf die anschließende Dauer während der die Datenspeicherung notwendig ist, damit der Verantwortliche für die Datenverarbeitung seine Verpflichtungen im Hinblick auf Verjährungsfristen und andere Gesetzesbestimmungen einhält.

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung handelt gemäß den Bestimmungen und Bedingungen des Artikels 300 des abgeänderten Gesetzes vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor bezüglich des Berufsgeheimnisses im Versicherungswesen.

Ich bescheinige hiermit, dass die angegebenen Informationen ehrlich, vollständig und korrekt sind. Im Falle von aufeinander folgenden Leistungen verpflichte ich mich, Sie über jegliche Änderungen in Bezug auf den Steuerwohnsitz innerhalb einer Frist von 30 Tagen zu informieren.

.....
Datum

.....
Unterschrift des ausgetretenen Mitgliedes