

**PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN**

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
50963 Köln

Diese Mitteilung kann ohne Anschreiben an den PSVaG zurückgesandt werden.

**Erstmeldung zur Insolvenzsicherung betrieblicher Altersversorgung**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Wenn Sie dabei Hilfe brauchen, rufen Sie uns an unter **0221/93659 – 411** oder senden Sie uns eine E-Mail an **info@psvag.de**. Unsere Mitarbeiter helfen Ihnen gerne weiter. Weiterführende Informationen sowie alle Merkblätter des PSVaG finden Sie auch auf unserer Homepage unter [www.psvag.de](http://www.psvag.de).

**I. Allgemeines zum Arbeitgeber**

Name/Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Das Wirtschaftsjahr endet am \_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM)

Achtstellige Betriebsnummer, die Sie von der Agentur für Arbeit erhalten haben (bitte stets angeben): 

--	--	--	--	--	--	--	--

Ansprechpartner/in für Rückfragen zu Ihrer Erstmeldung: \_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe) (Name/Telefonnummer)

**II. Zu den Versorgungszusagen** (s. dazu auch: [www.psvag.de/VZ](http://www.psvag.de/VZ), [www.psvag.de/GGF](http://www.psvag.de/GGF) und [www.psvag.de/Ehegatten](http://www.psvag.de/Ehegatten))

**II.1 Durchführungsweg/e der betrieblichen Altersversorgung:**

Geben Sie nachfolgend bitte den/die Durchführungsweg/e an, in dem/denen Sie insolvenzsicherungspflichtige betriebliche Altersversorgung durchführen (Zutreffendes bitte ankreuzen; es sind mehrere Angaben möglich).

- Unmittelbare Versorgungszusagen (Direktzusagen)
- Direktversicherungen mit widerruflichem Bezugsrecht
- Direktversicherungen mit unwiderruflichem Bezugsrecht  beliehen  abgetreten / verpfändet
- Unterstützungskasse → Name der Unterstützungskasse: \_\_\_\_\_
- Pensionsfonds → Name des Pensionsfonds: \_\_\_\_\_
- Pensionskasse → Name der Pensionskasse: \_\_\_\_\_

**II.2 Finanzierung:** Die betriebliche Altersversorgung wird finanziert durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- den Arbeitgeber (zusätzlich zum Gehalt)
- den Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung/Gehaltsverzicht)
- Mischfinanzierung (teils arbeitgeber-, teils arbeitnehmerfinanziert)

**II.3 Beginndatum der Insolvenzsicherungspflicht für erteilte und übernommene betriebliche Altersversorgung:**

Das Beginndatum ist nicht notwendigerweise mit dem Versorgungszusagedatum identisch. Wenn Sie sich unsicher sind, rufen Sie uns bitte an oder informieren Sie sich auf unserer Homepage ([www.psvag.de/Beginndatum](http://www.psvag.de/Beginndatum)).

Falls Sie Versorgungszusagen von einem anderen Arbeitgeber übernommen haben, kreuzen Sie das bitte an und füllen Sie das anliegende Zusatzformular „Übernommene betriebliche Altersversorgung“ noch aus.

Durchführungsweg/e	Beginndatum der			Versorgungszusage/n	
	Insolvenzsicherungspflicht	selbst erteilt	übernommen		
Unmittelbare Versorgungszusagen (Direktzusagen) . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direktversicherungen mit widerruflichem Bezugsrecht . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direktversicherungen mit <input type="checkbox"/> beliehen . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>un</u> widerruflichem Bezugsrecht <input type="checkbox"/> abgetreten / verpfändet . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungskasse <a href="http://www.psvag.de/UK">www.psvag.de/UK</a> . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionsfonds <a href="http://www.psvag.de/PF">www.psvag.de/PF</a> . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionskasse <a href="http://www.psvag.de/PK">www.psvag.de/PK</a> . . . . .	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

210/F 14/ 30.06.2020

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel, rechtsverbindliche Unterschrift

**PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN**  
**Versicherungsverein**  
**auf Gegenseitigkeit (PSVaG)**  
**50963 Köln**

## PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

50963 Köln

---

**Zusatzformular: Übernommene betriebliche Altersversorgung** (Bitte nur dann **zusätzlich** zum Formular „Erstmeldung zur Insolvenzsicherung betrieblicher Altersversorgung“ ausfüllen, wenn Sie Ihre betriebliche Altersversorgung vollständig oder teilweise von einem anderen Arbeitgeber übernommen haben.) [s. dazu auch [www.psvag.de/Rechtsnachfolge](http://www.psvag.de/Rechtsnachfolge)]

### I. Wann haben Sie die betriebliche Altersversorgung übernommen?

Übernahmedatum: \_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

### II. Von wem haben Sie die betriebliche Altersversorgung übernommen?

Name/Firmierung des Vorarbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Vorarbeitgebers: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer des Vorarbeitgebers (falls bekannt): \_\_\_\_\_

### III. Auf welcher Rechtsgrundlage haben Sie die betriebliche Altersversorgung übernommen?

Es fand eine Einzelrechtsnachfolge statt, wobei der Betrieb bzw. ein Betriebsteil durch Rechtsgeschäft auf den neuen Inhaber übertragen wurde (§ 613a BGB).

Es fand eine Gesamtrechtsnachfolge statt und zwar aufgrund

einer Umwandlung durch Verschmelzung (§§ 2 - 122 UmwG)

einer Umwandlung durch Spaltung (§§ 123 - 173 UmwG)

einer Umwandlung durch Vermögensübertragung (§§ 174 - 189 UmwG)

einer Übernahme des Handelsgeschäfts einer Personengesellschaft durch einen Gesellschafter in entsprechender Anwendung von §140 Abs. 1 Satz 2 HGB, § 738 Abs. 1 BGB (Anwachsung)

eines Erbfalls (§ 1922 BGB)

Arbeitgeberwechsel des/der Versorgungsberechtigten

Übernahme betrieblicher Altersversorgung als neuer Arbeitgeber des/der Versorgungsberechtigten (§ 4 BetrAVG)

---

Ort, Datum

---

Firmenstempel, rechtsverbindliche Unterschrift