Partnernummer

Versicherungsscheinnummer

1	1	2	1	.				.				.							

Änderung des Arbeitgebers / Versicherungsnehmers

Öffentliche Oldenburg

Abteilung LBL – _____

Staugraben 11
26122 Oldenburg

Die Versicherungsnehmereigenschaft des oben genannten Vertrages soll aus nachfolgendem Grund auf den künftigen Versicherungsnehmer übergehen. **(Bei Änderungen, die im Handelsregister einzutragen sind, ist ein entsprechender Registerauszug beizufügen.)**

- ☐ Betriebsübergang nach §613a BGB
- ☐ Umfirmierung
- ☐ Verschmelzung
- ☐ Reformwechsel
- ☐ Spaltung
- ☐ Sonstiges

Bisheriger Arbeitgeber: _____

Erklärung: Als bisheriger Versicherungsnehmer erkläre/n ich / wir mein / unser Einverständnis, dass die Versicherungsnehmer – Eigenschaft auf den künftigen Versicherungsnehmer übertragen wird. Ich / Wir erkläre/n hiermit meinen / unseren Verzicht auf sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem oben genannten Versicherungsvertrag.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift / Firmenstempel des **bisherigen Arbeitgebers / Versicherungsnehmer**

Neuer Arbeitgeber: _____

Erklärung: Als künftiger Versicherungsnehmer erkläre/n ich / wir, dass die Versicherungsnehmer Eigenschaft des oben genannten Vertrages auf mich / uns übergeht. Ich / Wir übernehme/n alle Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift / Firmenstempel des **neuen Arbeitgebers / Versicherungsnehmers**

☐ Bei einem Teilbetriebsübergang (Auflistung der Teilversicherungsverträge)