

Fragen und Antworten zum Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds¹ bei Arbeitgeberwechsel

Inhalt

I.	Bedeutung des Abkommens	1
II.	Beitritte.....	2
III.	Geltungsbereich des Abkommens.....	3
IV.	Abkommentext	5
V.	Zu übertragender Wert	5
VI.	Abschlusskosten	6
VII.	Fragebogen.....	8
VIII.	Sonstiges	9

I. Bedeutung des Abkommens

1. Was zeichnet das Abkommen aus?

- Günstiger als die gesetzliche Regelung gemäß BetrAVG sind:
 - der Verzicht auf erneute Abschlusskosten,
 - der Verzicht auf erneute Gesundheitsprüfung,
 - der Verzicht auf Abzüge,
 - keine Begrenzung der Höhe des zu übertragenden Wertes²,
 - die Gültigkeit auch für Zusagen vor dem 1. Januar 2005,
 - die klar vereinbarte Verfahrensweise, die in den Verwaltungssystemen umsetzbar ist, und die bestehenden Formulare,
- die steuerliche Begleitung (z. B. Möglichkeit der Beibehaltung der Besteuerung nach § 40b EStG a. F., § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG a. F.; kein steuerlicher Zufluss bei Übertragung),
- die Regelung für Betriebsübergänge nach § 613a BGB.

¹ Gilt nicht für Pensionspläne gemäß § 236 Abs. 2 VAG (siehe auch Antwort zu Frage 2 unter II. Beitritte).

² Bei Betriebsübergängen nach § 613a BGB mit einem Übertragungswert oberhalb des 20-fachen der zum Zeitpunkt der Übertragung geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung (§§ 159, 160 SGB VI) für den gesamten betroffenen Personenkreis kann der übertragende Versorgungsträger entscheiden, ob er der Übertragung zustimmt.

II. Beitritte

1. Welche Unternehmen können dem Abkommen beitreten?

Gemäß Ziffer 4 des Abkommentextes können Lebensversicherungsunternehmen, Pensionskassen und Pensionsfonds beitreten, die in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassen (vgl. Frage 3) und Mitglied im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) sind. Zusätzliche Voraussetzung für Pensionskassen ist die Mitgliedschaft im gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer gemäß §§ 223, 224 VAG; hiervon ausgenommen sind Pensionskassen, die dem Abkommen in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung beigetreten und bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht Mitglied im gesetzlichen Sicherungsfonds waren.

Andere Versorgungsträger, die beispielsweise die genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, müssen den Beitritt selbst mit sämtlichen Teilnehmern des Abkommens vereinbaren oder bilaterale Abkommen schließen.

2. Welche Versorgung sind bei Pensionsfonds vom Abkommen erfasst?

Vom Abkommen werden Pensionspläne mit versicherungsförmigen Garantien (i.d.R. bei beitragsorientierten Pensionsplänen und versicherungsförmigen, leistungsorientierten Pensionsplänen) erfasst.

Die nicht versicherungsförmigen Versorgung gemäß § 236 Abs. 2 VAG sind vom Abkommen ausgenommen, da gemäß Ziffer 1 b) des Abkommentextes Pensionsfonds den Übertragungswert nach § 4 Abs. 5 BetrAVG übertragen müssen und dieser Übertragungswert bei Pensionsplänen gemäß § 236 Abs. 2 VAG ohne versicherungsförmige Garantien nicht klar bestimmt werden kann.

Pensionsfonds können seit dem 31. Dezember 2015 Beitragszusagen mit Mindestleistung in der Rentenbezugsphase auch nicht versicherungsförmig durchführen (§ 236 Abs. 2a VAG). Auch diese Pensionspläne werden nicht von dem Abkommen erfasst.

3. Wieso ist für Pensionskassen zusätzliche Voraussetzung für den Beitritt zum Abkommen die Mitgliedschaft im gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer gemäß §§ 223, 224 VAG? Welche Bedeutung hat die Ausnahmeregelung?

Früher war im Abkommen festgelegt, dass die Überbetrieblichkeit Voraussetzung für die Beitrittsmöglichkeit einer Pensionskasse ist. Da sich in der Praxis eine Abgrenzung schwierig gestaltete, ist diese Voraussetzung durch die Mitgliedschaft im gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 223, 224 VAG ersetzt worden. Mit dieser zusätzlichen Voraussetzung bei Pensionskassen soll ein entsprechend hohes, einheitliches Sicherheitsniveau gewährleistet werden.

Die Ausnahmeregelung für bis zum 31. Dezember 2007 beigetretene Pensionskassen wurde aus Vertrauensschutzgründen notwendig, da einige Pensionskassen dem Abkommen in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung beigetreten waren, aber nicht Mitglied im gesetzlichen Sicherungsfonds sind.

3. Ist der Beitritt ausländischer Versorgungsträger möglich?

Auch ausländische Versorgungsträger können dem Abkommen beitreten, sofern sie für den Geschäftsbetrieb in Deutschland zugelassen und GDV-Mitglied sind. Die Zulassung zum Geschäftsbetrieb in der Bundesrepublik Deutschland im Sinne dieses Abkommens wird neben den ausländischen Versicherern mit einer Niederlassung in Deutschland auch für die Mitgliedsunternehmen als gegeben angesehen, die als EWR-Dienstleister in der Bundesrepublik Deutschland tätig sind und eine entsprechende Zulassung ihres Heimatlandes besitzen. Der GDV ist bei Erfüllen dieser Voraussetzungen ermächtigt, die Beitrittserklärung in Vertretung für die bereits am Abkommen beteiligten Versorgungsträger anzunehmen.

4. Welche Unternehmen sind dem Abkommen aktuell beigetreten?

Auf der Homepage des GDV www.gdv.de kann unter „Themen“, „Lebensversicherung/Altersvorsorge“, „Altersvorsorgepolitik“, „Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds bei Arbeitgeberwechsel“ die Beitrittsliste zum Abkommen heruntergeladen werden.

5. Kann ein Unternehmen auch jetzt noch dem Abkommen beitreten?

Ja, interessierte Unternehmen können jederzeit dem Abkommen beitreten.

III. Geltungsbereich des Abkommens

1. Gibt es Einschränkungen des Geltungsbereichs des Abkommens bzgl. des Zeitpunktes der Erteilung der Zusage des Arbeitgebers?

Es gibt keine Einschränkungen bzgl. des Zeitpunktes der Erteilung der Zusage. Weder das Alterseinkünftegesetz (AltEinkG) noch die Versicherungsvertragsgesetz-Reform haben Einfluss.

2. Sind nur Übertragungen jeweils innerhalb der drei oder auch zwischen den drei Durchführungswegen nach dem Abkommen durchführbar?

Sowohl Übertragungen jeweils innerhalb der drei Durchführungswege, als auch Übertragungen zwischen den drei Durchführungswegen, also von Direktversicherung auf Pensionskasse etc., können vorgenommen werden.

3. Gibt es bei Anwendung des Abkommens bei Arbeitgeberwechsel Beschränkungen hinsichtlich des Wechsels von Kollektiv(rahmen)verträgen auf Einzelversorgungen oder umgekehrt?

Nein, es sind alle denkbaren Wechsel möglich (Einzelvertrag -> Einzelvertrag, Einzelvertrag -> Kollektiv(rahmen)vertrag, Kollektiv(rahmen)vertrag -> Einzelvertrag, Kollektiv(rahmen)vertrag -> Kollektiv(rahmen)vertrag).

4. Ist das Abkommen auch für Riester-Verträge anwendbar?

Auch Riester-Verträge werden vom Abkommen abgedeckt, wenn betriebliche Altersversorgung vorliegt (Direktversicherung, Versicherung in einer Pensionskasse oder Versorgung in einem Pensionsfonds, ggf. auch mit zwischenzeitlicher privater Fortführung).

5. In welchen Fällen bzw. unter welchen Voraussetzungen ist die Anwendung des Abkommens bei Konsortialverträgen möglich?

Sofern der Vertretungsberechtigte des Konsortiums sowohl des alten als auch des neuen Arbeitgebers dem Abkommen beigetreten ist und alle beteiligten Konsorten, sofern es sich um Lebensversicherungsunternehmen und Pensionskassen handelt, Mitglied im gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer gemäß §§ 223, 224 VAG sind, ist das Abkommen anwendbar. Vertretungsberechtigt ist i. d. R. der jeweilige Konsortialführer, sodass eine Anwendung des Abkommens dann möglich ist, wenn der Konsortialführer dem Abkommen beigetreten ist.

6. Ist das Abkommen bei Betriebsübergängen anwendbar?

Die Übertragung bei Betriebsübergang gemäß § 613a BGB ist vom Abkommen erfasst, unabhängig davon, ob es sich um Einzelversorgungen oder Versorgung innerhalb eines Kollektiv(Rahmen)vertrages handelt. Wenn aber der Übertragungswert das 20-fache der zum Zeitpunkt der Übertragung geltenden jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung (§§ 159, 160 SGB VI) für den gesamten betroffenen Personenkreis überschreitet, kann der übertragende Versorgungsträger entscheiden, ob er der Übertragung zustimmt (vgl. Ziffer 2 des Abkommentextes).

7. Ist eine zwischenzeitliche private Fortführung des Vertrages (nach Ausscheiden beim alten Arbeitgeber) möglich?

Die zwischenzeitliche private Fortführung durch den Arbeitnehmer ist möglich. Das Abkommen gelangt dann zur Anwendung, wenn der Antrag innerhalb von 15 Monaten nach Ausscheiden gestellt wird.

8. Wer muss den Antrag auf Übertragung stellen?

Der Antrag ist vom neuen Arbeitgeber mit Zustimmung des bisherigen Versicherungsnehmers (Arbeitgeber und/oder Arbeitnehmer), des Arbeitnehmers und ggf. des unwiderprüflich Bezugsberechtigten bzw. Anspruchsberechtigten zu stellen.

9. Wie wird geprüft, dass die Versorgungsträger die Erfordernisse zur Anwendung des Abkommens zum Zeitpunkt des Übertragungsfalls erfüllen?

Im Rahmen der Anforderung der zu übertragenden Werte (Anfrage des übernehmenden und Antwort des übertragenden Versorgungsträgers, Anlagen 3 und 4) bestätigen die betreffenden Versorgungsträger die Mitgliedschaft im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. sowie im Falle einer Pensionskasse zusätzlich die Mitgliedschaft im gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer gemäß §§ 223, 224 VAG. Die Beitrittsliste zum Abkommen kann auf den Internet-Seiten des GDV eingesehen bzw. heruntergeladen werden (vgl. Frage II.4).

10. Ist das Abkommen auch für selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen anwendbar?

Auch selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen (SBU) werden grundsätzlich vom Abkommen erfasst. Vor einer Übertragung einer SBU im Rahmen des Abkommens sollten jedoch auch andere Möglichkeiten geprüft werden, wie die Übernahme der Versicherung durch den neuen Arbeitgeber (Versicherungsnehmerwechsel) oder eine private Fortführung des SBU-Vertrages durch den Arbeitnehmer.

IV. Abkommentext

1. Welche Bedeutung hat Ziffer 3 des Abkommens (Erklärung gegenüber der BaFin etc.)?

Ziffer 3:

„Ist ein Lebensversicherer vor dem 29. Juli 1994 dem Abkommen zur Übertragung von Direktversicherungen bei Arbeitgeberwechsel noch nicht beigetreten und überträgt Direktversicherungen, die vor dem 29. Juli 1994 abgeschlossen worden sind, bzw. überträgt eine Pensionskasse Versicherungen, denen regulierte Tarife zugrunde liegen, in regulierte Tarife, verpflichtet sich der übertragende Versorgungsträger, für diese Versicherungen die Bestimmungen gemäß Ziffer 1 der BaFin gegenüber zu erklären.“

Bedeutung:

Die in Ziffer 1 des Abkommens festgelegten Regelungen (Verzicht auf Abschlusskosten, Abzüge und Gesundheitsprüfung) weichen in aller Regel von den genehmigten Tarifen ab. Entsprechend müssen diese Abweichungen, bevor sie erstmals praktiziert werden, der BaFin zur Genehmigung vorgelegt werden.

Als genehmigte Tarife werden angesehen

a) bei Lebensversicherungen:

vor dem 29. Juli 1994 (vor der Deregulierung in der Lebensversicherung) abgeschlossene Lebensversicherungsverträge,

b) bei Pensionskassen:

Tarife regulierter Pensionskassen und bereits bestehende genehmigte Tarife ehemals regulierter Pensionskassen.

V. Zu übertragender Wert

1. Wie ist der zu übertragende Wert – Rückkaufswert – für Zusagen einer Direktversicherung oder einer Pensionskasse vor und ab dem 1. Januar 2008 und für fondsgebundene Versicherungen zu interpretieren?

Zu übertragender Wert ist der Rückkaufswert der Versicherung gemäß Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (einschließlich bereits zugeteilter Überschussanteile, Schlussüberschussanteile und Bewertungsreserven wie bei Rückkauf) ohne Abzüge.

Für Zusagen vor dem 1. Januar 2008 bezieht sich der Begriff „Rückkaufswert“ grundsätzlich auf das bis zu diesem Zeitpunkt gültige VVG. In dieser Fassung ist der Rückkaufswert gemäß § 176 VVG als Zeitwert der Versicherung definiert. Der Zeitwert entspricht für fondsgebundene Versicherungen i. d. R. dem Fondsguthaben.

Für Zusagen ab dem 1. Januar 2008 bezieht sich der Begriff „Rückkaufswert“ auf das ab diesem Zeitpunkt gültige VVG. In dieser Fassung ist der Rückkaufswert gemäß § 169 VVG das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung, bei einer Kündigung des Versicherungsverhältnisses jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Dies gilt für Versicherungen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist. Reine Risikoversi-

cherungen wie z. B. die Risikolebens- oder selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen fallen nicht unter § 169 Abs. 1 VVG. Der zu übertragende Wert hängt bei diesen Versicherungen grundsätzlich von der jeweiligen vertraglichen Vereinbarung ab. Für fondsgebundene Versicherungen ist der Rückkaufswert weiterhin als Zeitwert der Versicherung definiert und entspricht i. d. R. dem Fondsguthaben.

Für die endgültige Bestimmung der Beteiligung an Bewertungsreserven und – bei fondsgebundenen Versicherungen – des Fondsguthabens ist der Zeitpunkt der Überweisung relevant.

2. Wie wird der zu übertragende Wert bei Versorgungen in einem Pensionsfonds bestimmt?

Bei Versorgungen in einem Pensionsfonds wird nach Ziffer 1 b) des Abkommmentextes der Übertragungswert gemäß § 4 Abs. 5 BetrAVG übertragen. Dieser entspricht dem Fondsguthaben oder dem Rückkaufswert (einschließlich bereits zugeteilter Überschussanteile, Schlussüberschussanteile und Bewertungsreserven wie bei Rückkauf) zum Zeitpunkt der Überweisung.

3. Wie ist der zu übertragende Wert vom übertragenden Unternehmen zu bemessen, wenn eine Rentenversicherung übertragen werden soll, für die bereits eine pauschale – nicht individuelle – Zusatzreserve im Rahmen der Neubewertung der Rentenbestände aufgrund der DAV 2004 R gebildet wurde?

Prinzipiell wird der Rückkaufswert der Versicherung (einschließlich bereits zugeteilter Überschussanteile, Schlussüberschussanteile und Bewertungsreserven wie bei Rückkauf) ohne Abzüge übertragen. Bei individueller Gegenfinanzierung der Zusatzreserve müsste der Betrag bestimmt werden, den der Vertrag bisher aus den Überschüssen erwirtschaftet hat. Wird nicht individuell gegenfinanziert, kann aus der Zusatzreserve nichts mitgegeben werden.

VI. Abschlusskosten

1. Unter Ziffer 1 c) des Abkommens wird normiert, dass der übernehmende Versorgungsträger eine übernommene Versorgung nicht nochmals mit Abschlusskosten belasten darf, soweit die Versorgung mit „gleichwertigen Versicherungs- /Versorgungsleistungen“ weitergeführt wird. Wann liegen hier gleichwertige Versicherungs- /Versorgungsleistungen vor?

Bezüglich der Abschlusskosten sollte nicht anders verfahren werden als bei einer hausinternen Vertragsänderung. (In diesen Fällen werden i. d. R. keine Abschlusskosten erhoben.) Sofern also die Höhe des Beitrags und die versicherten biometrischen Risiken vom übernehmenden Versorgungsträger beibehalten werden, werden keine erneuten Abschlusskosten erhoben.

2. Wie sind „gezillmerte Tarife“ im Sinne des Abkommens definiert?

Bei gezillmerten Tarifen werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind (vgl. § 4 Abs. 3 DeckRV).

3. Wie funktionieren die Ausgleichszahlungen für noch nicht getilgte Abschlusskosten bei Übertragungen? Was geschieht bei Übertragungen von gezillmerten in ungezillmerte Tarife und umgekehrt und zwischen ungezillmerten Tarifen?

Ausgleichszahlungen vom übernehmenden Versorgungsträger an den übertragenden Versorgungsträger fallen nur an, wenn sowohl der übertragende, als auch der übernehmende Tarif gezillmert ist. In allen anderen Fällen (gezillmert in ungezillmert, ungezillmert in gezillmert und ungezillmert in ungezillmert) werden keine Ausgleichszahlungen erbracht. Wird von einem gezillmerten in einen ungezillmerten Tarif übertragen, muss der übertragende Versorgungsträger die noch nicht getilgten Abschlusskosten tragen, da bei einem ungezillmerten Tarif der Wert der höchstens zu aktivierenden Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer bei Beginn der Versicherung bei dem übernehmenden Versorgungsträger grundsätzlich Null ist.

Sind die Tarife vor und nach der Übertragung gezillmert, verpflichtet sich der übernehmende Versorgungsträger, dem übertragenden Versorgungsträger

- bei Verträgen, die vor dem 1. Januar 2008 abgeschlossen worden sind, den Wert etwaiger Forderungen auf geleistete, rechnungsmäßig gedeckte, aber noch nicht getilgte Abschlusskosten
- bei Verträgen, die ab dem 1. Januar 2008 abgeschlossen worden sind, die Differenz zwischen dem garantierten Rückkaufswert (nach § 169 VVG) ohne Abzüge und dem gezillmerten Deckungskapital

zu ersetzen. Dabei wird jeweils als Zillmersatz der in der Prämienkalkulation verwendete, höchstens jedoch der aufsichtsrechtlich zulässige Höchstzillmersatz zugrunde gelegt. Der von dem übernehmenden Versorgungsträger zu überweisende Wert ist auf den Wert der höchstens zu aktivierenden Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer bei Beginn der Versicherung bei dem übernehmenden Versorgungsträger begrenzt.

4. Woraus ist in den dem Abkommen beigefügten Formularen erkennbar, ob ein gezillmerter oder ungezillmerter Tarif beim übertragenden Versorgungsträger zugrunde liegt?

Da die Formulare den Standardfall einer Übertragung abdecken und in der Regel keine erneuten Abschlusskosten vom übernehmenden Versorgungsträger erhoben werden, ist diese Abfrage nicht in den Formularen enthalten. Sofern der übernehmende Versorgungsträger Bedarf an weiteren Informationen hat, ist ein entsprechender Informationsaustausch mit dem übertragenden Versorgungsträger zu vereinbaren.

5. Dürfen nach der Übertragung nochmals Abschlusskosten erhoben werden?

Im Regelfall werden beim übernehmenden Versorgungsträger für den Teil, der übertragen wird, keine neuen Abschlusskosten erhoben. Im Zweifelsfall ist immer zugunsten des betroffenen Arbeitnehmers zu verfahren, d. h., dass der Vertrag beim übernehmenden Versorgungsträger ohne einmalige Abschlusskosten weitergeführt wird.

Beispielfälle

Überträgt ein Versorgungsträger einen Vertrag an einen Versorgungsträger mit einem Tarif, dem höhere einmalige Abschlusskosten als bei dem ersten Versorgungsträger zugrunde liegen, darf die Differenz der einmaligen Abschlusskosten nicht in Ansatz gebracht werden.

In Fällen, in denen von einem Gruppenvertrag in einen Einzeltarif gewechselt wird, darf die aufgrund des Wegfalls der Abschlusskostenrabattierung durch den Gruppenvertrag ggf. auftretende Abschlusskostendifferenz nicht in Ansatz gebracht werden.

6. Können bei einer Erhöhung des Beitrags für diesen Erhöhungsbeitrag Abschlusskosten eingerechnet werden?

Ja, bei einer Erhöhung des Beitrags können für den erhöhten Beitragsteil Abschlusskosten vom übernehmenden Versorgungsträger erhoben werden.

7. Werden im Abkommen Regelungen zur Vermittlerprovision getroffen?

Das Abkommen regelt nicht das Verhältnis zwischen Versorgungsträger und Vermittler. Provisionsvereinbarungen sind geschäftspolitische Entscheidungen der einzelnen Unternehmen, die unterschiedlich ausfallen und in die nicht eingegriffen wird.

VII. Fragebogen

1. Wie verbindlich ist der Fragebogen?

Dieser Fragebogen deckt lediglich den Standardfall ab. Sollten weitere Felder nötig sein, können diese selbstverständlich ergänzt werden.

2. In Anlage 5 zum Übertragungsabkommen (Fragebogen) wird auf Seite 1 nach der Art der Zusage gefragt. Warum?

Die Zusageart ändert sich z. B., wenn die ursprüngliche Zusageart beim neuen Arbeitgeber nicht abgebildet werden kann oder soll.

3. Auf den Seiten 2 und 3 der Anlage 5 (Fragebogen) wird nach überzahlten Beitragsteilen gefragt. Welche Beitragsteile sind darunter zu verstehen?

Überzahlte Beitragsteile können nur dann anfallen, wenn sich der Übertragungstichtag nicht mit einem Beitragsfälligkeitstermin deckt.

Beispiel

Falls ein Arbeitgeber den kompletten Jahresbeitrag am 1. Dezember eines Jahres für das folgende Jahr zahlt und der Arbeitnehmer zum 1. April des Folgejahres wechselt, können die überzahlten Beitragsteile der Betrag sein, der für den Zeitraum vom 1. April bis zum 1. Dezember des Folgejahres gezahlt wurde.

Ob überzahlte Beiträge beim Ausscheiden vorliegen, ist von Arbeitgeber zu Arbeitgeber, aber auch von Versorgungsträger zu Versorgungsträger, unterschiedlich.

4. Auf Seite 3 der Anlage 5 (Fragebogen) wird nach dem Gesamtbeitrag gefragt. Was genau ist gemeint?

Hierbei handelt es sich um den Gesamtbeitrag zu Haupt- und Zusatzversorgung entsprechend der wenige Zeilen darunter genannten Zahlungsweise (etwa monatlich oder jährlich). Sollten unternehmensindividuelle Besonderheiten (aktuell zuletzt gezahlter Beitrag weicht vom Regelbeitrag ab) bestehen, sollten diese entsprechend im Formular verdeutlicht werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

5. Welcher Übertragungsstichtag ist im Antrag und im Fragebogen anzugeben?

Der Übertragungsstichtag ist vom übernehmenden Arbeitgeber zu bestimmen. Der Übertragungsstichtag ist nicht an den Dienstaustritt/-eintritt gekoppelt.

Beispiel

Sofern ein Arbeitnehmer am 30. April 2006 beim bisherigen Arbeitgeber ausscheidet, beim neuen Arbeitgeber am 1. September 2006 seinen Dienst Eintritt hat und der neue Arbeitgeber die Direktversicherung erst nach der Probezeit zum 1. Dezember 2006 weiterführen möchte, ist der 1. Dezember 2006 als Übertragungsstichtag möglich.

6. Wie weit ist der Eintritt der gesetzlichen Unverfallbarkeit für den übernehmenden Versorgungsträger von Interesse?

Bei einer Übernahme der Zusage gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 BetrAVG ist dieser Zeitpunkt von Interesse, da in diesem Fall die Unverfallbarkeitsfristen weiter laufen. Auch bei Betriebsübergängen gemäß § 613a BGB (vgl. Ziffer 2 des Abkommentextes) laufen die Fristen weiter.

7. Was ist unter dem ab 2018 geltendem steuerrechtlichen Teilfreistellungsverfahren zu verstehen?

Im Rahmen der Investmentsteuerreform, werden bei nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG zu besteuern den fondsgebundenen Lebensversicherungen ab 2018 anfallende Investmenterträge pauschal i. H. v. 15 % bei der Ermittlung des steuerpflichtigen Unterschiedsbetrages nicht berücksichtigt. Auch bei Hybridprodukten findet diese Teilfreistellung Anwendung.

Die pauschale Ermittlung gleicht die steuerliche Vorbelastung von Erträgen aus Publikumsfonds (Investmenterträge) aus. Es sind bei der Berechnung des Unterschiedsbetrags folglich solche Erträge zu ermitteln, die im Rahmen einer fondsgebundenen Versicherung aus Publikumsfonds resultieren. Dies gilt auch für Erträge aus von Versicherungsunternehmen aufgelegten „internen Fonds“, deren Erträge ausschließlich aus Publikumsfonds stammen. Erträge, die aus der konventionellen Kapitalanlage oder aus Spezialinvestmentfonds stammen, bleiben bei der Teilfreistellung unberücksichtigt.

Das Verfahren findet Anwendung auf ab 2005 abgeschlossene Verträge. Danach betrifft die Teilfreistellung alle Investmentanteile, die vom Versicherungsunternehmen ab 2018 angeschafft wurden. Bei früher angeschafften Investmentanteilen ist der Wert am 31.12.2017 zu ermitteln und nur die gegenüber diesem Stichtag entstehenden positiven oder negativen Wertveränderungen fallen unter die Regelung zur Teilfreistellung.

Im Abschnitt „Daten zur steuerlichen Behandlung der Versorgungsleistung“ des Fragebogens zur Übertragung einer Versorgung werden unter viertens die notwendigen Daten abgefragt.

VIII. Sonstiges

1. Sind dem übertragenden Versorgungsträger neben der unterschriebenen Anlage 3 noch weitere Dokumente vorzulegen, damit dieser den zu übertragenden Wert überweisen kann?

Dem übertragenden Versorgungsträger liegt neben der Anlage 3 bereits die unterschriebene Willenserklärung vor. Die Unterlagen (Originalpolice, Versorgungsbescheinigungen etc.) müssen nicht vorgelegt werden.

2. Wie ist bei Übertragungen zu verfahren, wenn das Abkommen nicht angewendet werden kann?

Sofern das Abkommen nicht zur Anwendung gelangt, gelten die gesetzlichen Vorgaben (insb. § 4 BetrAVG i. V. m. § 3 Nr. 55 EStG). Dazu ergänzende Hinweise finden sich auch im BMF-Schreiben vom 6. Dezember 2017 (Rnr. 57 ff.).

3. Sind datenschutzrechtliche Regelungen zu beachten?

Das Datenschutzrecht ist immer zu beachten, wenn personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Dem trägt das Übertragungsabkommen Rechnung. Gemäß dem Hinweis im Antragsformular ist dem Arbeitnehmer vom übernehmenden Versorgungsträger eine für den Bereich Leben gebräuchliche datenschutzrechtliche Einwilligungsklausel nebst Schweigepflichtentbindungserklärung zur Unterschrift auszuhändigen. Das Abkommen ist anwendbar, wenn dem übernehmenden Versorgungsträger die Unterschrift des Arbeitnehmers vorliegt. Der Fragebogen ist vom übernehmenden Versorgungsträger immer gemeinsam mit der unterzeichneten datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung an den übertragenden Versorgungsträger mit der Aufforderung zum Ausfüllen zu versenden. Sofern der Arbeitnehmer die vertragsrelevanten Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger selbst erfragt und dem übernehmenden Versorgungsträger beibringt, kann im Einzelfall eine Übertragung außerhalb des Abkommens stattfinden, was jedoch zu Verzögerungen führen kann.

4. Wie lange dauert eine Übertragung?

Eine verbindliche Vorgabe für die Dauer einer Übertragung gibt es nicht. Im Einflussbereich der beiden beteiligten Versorgungsträger liegt der Zeitraum ab der Antragsstellung, d. h. wenn alle notwendigen Unterlagen vorliegen. Die Versorgungsträger möchten die Übertragung kundenorientiert und demzufolge auch unverzüglich umsetzen. Daher streben die beiden beteiligten Versorgungsträger an, die Übertragung nach Eingang der vollständig ausgefüllten notwendigen Unterlagen ohne schuldhaftes Zögern umzusetzen. Diese Zeitspanne sollte i. d. R. drei Monate nicht übersteigen. Die einzureichenden notwendigen Unterlagen bestehen aus dem Antrag, der datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie einer datenschutzrechtlichen Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Abfrage von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger zur Risikobeurteilung durch den übernehmenden Versorgungsträger. Darüber hinaus kann es Gründe außerhalb des Einflussbereichs der Versorgungsträger geben, die zu einer Verlängerung der Dauer der Übertragung führen.