

An  
Herrn/Frau

---

Vorname Name des Mitarbeiters

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Versorgungsträger: Standard Life Versicherung

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

## Erklärung der Anspruchsbegrenzung gegenüber dem Arbeitnehmer

Wir erklären hiermit, dass wir von der versicherungsvertraglichen Lösung/Anspruchsbegrenzung (§ 2 Abs. 2 Satz 2 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)) Gebrauch machen.

Die Ansprüche aus Ihrer/Ihren o. g. Versicherungs-/Versorgungszusage(n) sind wie folgt begrenzt:

- bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage auf die Leistungen, die der Versicherer aufgrund unserer Beitragszahlung aus dem Versicherungsvertrag erbringt (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).
- bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung auf das Ihnen planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital auf der Grundlage der bis zu Ihrem Ausscheiden von uns geleisteten Beiträge (Beiträge und die bis zum Eintritt des Versorgungsfalls erzielten Erträge), mindestens auf die Summe der bis dahin zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden (§ 2 Abs. 6 BetrAVG).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers