

Mitteilung für Änderungen beim Versorgungsanwärter

Firma: _____

Anschrift: _____

Kenn-Nr.: _____ Abrechnungsgruppe: _____

Name, Vorname Arbeitnehmer: _____

Versicherungsnummer: _____

Beitragsfreistellung

Die bestehende Rückdeckungsversicherung soll zum _____ beitragsfrei gestellt werden.

- Elternzeit des Arbeitnehmers
- Krankheit des Arbeitnehmers länger als 6 Wochen
- Aussetzen der Entgeltumwandlung

Namensänderung

Der neue Name lautet _____

Ausscheiden aus dem Unternehmen

Der Mitarbeiter scheidet zum _____ aus.

Erreichen der Altersgrenze

zum _____

Erforderliche Unterlagen:
Kopie des Rentenbescheides

Tod des Mitarbeiters

zum _____

Erforderliche Unterlagen:
Kopie Sterbeurkunde

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift Trägerunternehmen

