

Arbeitgeber (Trägerunternehmen)

<input type="text"/>	
Ansprechpartner <input type="text"/>	Partner-Nr. <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

Mitarbeiter (Versorgungsanwärter)

Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Straße <input type="text"/>	Hausnr. <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

Rückdeckungsversicherung

Versicherungsnummer: <input type="text"/>	Versicherungsgesellschaft: <input type="text"/>
---	---

Bitte folgende Änderung(en) der Versorgungsanwartschaft(en) zum veranlassen:

1. Beitragsfreistellung aufgrund

- Ausscheiden aus dem Unternehmen zum
- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Sonstiges

Letzter Arbeitgeberbeitrag bzw. letzte Entgeltumwandlung erfolgte zum (bitte unbedingt ausfüllen!)

2. Reaktivierung der ruhenden Versorgung zum

- mit unverändertem Betrag
- mit einem Betrag von Euro laut Zahlungsweise.

Bitte bei Entgeltumwandlung „Nachtrag zur Entgeltumwandlung“ oder bei Arbeitgeberfinanzierung „Erhöhung einer arbeitgeberfinanzierten Versorgungszusage“ beifügen.

- ### 3. Beitragsänderung zum auf einen Betrag von Euro laut Zahlungsweise.
- Bitte bei Entgeltumwandlung „Nachtrag zur Entgeltumwandlung“ oder bei Arbeitgeberfinanzierung „Erhöhung einer arbeitgeberfinanzierten Versorgungszusage“ beifügen.

4. Beendigung

- Kapitalabfindung gem. § 3 BetrAVG nach Ausscheiden
- Abfindung gem. § 3 BetrAVG nach Ausscheiden durch private Weiterführung der RDV
(Der Abfindungsbetrag ist zu versteuern und sozialversicherungsrechtlich zu verbeitragen.)
- Guthaben aus verfallbaren Anwartschaften zur Dotierung bestehender Versorgungszusagen verwenden.

5. **Arbeitgeberwechsel** – Wir setzen uns mit Ihnen unter den o.g. Kontaktdaten in Verbindung und stimmen die weitere Vorgehensweise mit Ihnen ab.

6. **Änderung Anschrift Versorgungsanwärter** (s.o.)

7. **Änderung des Familiennamens.** Der neue Familienname lautet:
(eine Kopie der Änderungsurkunde ist beigelegt)

Ort

Datum

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift Unternehmen

Unterschrift Versorgungsanwärter