

Per Fax an 040 / 412 616 41

AFC Assekuranzmakler Finanz-Consulting GmbH
Bramfelder Straße 50
22305 Hamburg

Arbeitgeber / Stempel:

Mitarbeiter (versicherte Person)

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Neuer Mitarbeiter **Bestands Mitarbeiter**

Diensteintritt am: _____

Bitte informieren Sie diesen Mitarbeiter über die betriebliche Altersversorgung.

Änderungsmitteilung zu folgendem Vertrag:

Versicherer: _____

Vertrags-Nr: _____

Es soll ein Nachtrag zur Entgeltumwandlungsvereinbarung wie folgt erstellt werden. Der Versicherungsvertrag soll entsprechend angepasst werden (ggf. zeitversetzt).

Beitragserhöhung ab dem **01.** _____ auf monatlich € _____

Beitragsreduzierung ab dem **01.** _____ auf monatlich € _____

Beitragsfreistellung ab dem **01.** _____

aufgrund von Beendigung der Lohnfortzahlung wegen:

Krankheit, voraussichtlich mehr als 6 Monate krank

Elternzeit

sonstiger Grund, für einen Zeitraum von: 6 Monate

12 Monate

18 Monate

24 Monate

Dauerhaft (spätere Ingangsetzung ggf. nicht möglich)

Ingangsetzung ab dem **01.** _____ auf monatlich € _____

Abmeldung. Der Mitarbeiter scheidet zum _____ aus dem Unternehmen aus wegen: Kündigung Altersruhestand Berufsunfähigkeit

Beiträge bis zum _____ sollen beim Versicherer verbleiben, darüber hinaus gezahlte Beiträge sollen an den Arbeitgeber zurückerstattet werden. Der Arbeitgeber erklärt sich mit der Übertragung der Versorgung auf die versicherte Person bzw. auf den neuen Arbeitgeber einverstanden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift / Arbeitgeber