**ÄNDERUNGSMELDUNG**

**Bitte per Fax senden an: 0931-359096-90**

|  |
| --- |
| **ARBEITGEBER UND VERSICHERTE PERSON** |
| **Arbeitgeber:** |       |
| **Arbeitnehmer:** |  |
| **Name, Vorname:** |       |
| **Versorgungs‑/Versicherungsnr:** |       |
| **Geburtsdatum:** |       | **Geschlecht:** | [ ]  männlich [ ]  weiblich |

**Änderungsstichtag ab 01.     .20**

|  |
| --- |
| **I. PERSÖNLICHE DATEN3** |

[ ]  **Namensänderung** (z.B. nach Eheschließung) – neuer Name:

[ ]  **Adressänderung** – neue Adresse:

[ ]  **Sonstiges**:

|  |
| --- |
| **II. BEITRAGSHÖHE**  |

[ ]  **Veränderung Beitrag1,2** von derzeit       EUR [ ]  monatlich / [ ]  halbjährlich / [ ]  jährlich

 auf künftig       EUR [ ]  monatlich / [ ]  halbjährlich / [ ]  jährlich

darin       EUR enthaltener [ ]  Zuschuss [ ]  Arbeitgeberleistung [ ]  VWL [ ]  AVWL

|  |
| --- |
| **III. BEITRAGSUNTERBRECHUNG / -FORTFÜHRUNG**  |

[ ]  **Entgeltfreie Zeit3** wegen [ ]  Krankheit [ ]  Mutterschutz/Elternzeit [ ]  Pflegezeit [ ]  Kurzarbeit

 Soweit möglich: Stundung bis max. 6 Monate.

[ ]  **Beitragsfreistellung1**aus persönlichen / finanziellen Gründen

[ ]  **Wiederinkraftsetzung nach Entgeltfreier Zeit**wegen Krankheit, Mutterschutz/Elternzeit, Pflege, Covid-19**2**

[ ]  **Fortführung nach Beitragsfreistellung**aus persönlichen / finanziellen Gründen**1,2**

[ ]  **Arbeitgeberwechsel (konzernintern) | Neuer Arbeitgeber3**

 Die Versorgungszusage wird unverändert übernommen.

[ ]  **Anfrage: Die Versorgung soll bis       oder [ ]  bis zur Regelaltersgrenze verlängert werden.**

|  |
| --- |
| **IV. ABMELDUNG3**  |

[ ]  **Firmenaustritt / Beendigung Arbeitsverhältnis (F12)**

Sofern die Voraussetzungen der Unverfallbarkeit zum Austrittsstichtag erfüllt sind, gilt folgendes:

* Bei Direktversicherungs-, Pensionskassen- oder Pensionsfondsversorgungen wird die Versicherungsnehmer-Eigenschaft mit Dienstaustritt auf die versicherte Person oder auf deren Wunsch gemäß § 2 BetrAVG  auf einen Nachfolgearbeitgeber übertragen.
* Der Arbeitgeber erklärt zusätzlich auch für weitere Versorgungen (z.B. Unterstützungskasse, Direktzusage) bereits jetzt sein Einvernehmen mit einer möglichen Übernahme der Versorgungszusage gemäß § 4 Abs. 2 BetrAVG durch einen neuen Arbeitgeber.

|  |  |
| --- | --- |
| **Straße, Haus-Nr.** |       |
| **PLZ, Ort:** |       |
| **Telefonnummer:** |       |
|  |  |
| **V. SONSTIGES**  |       |

|  |
| --- |
| **VI. LEISTUNGSFALL3 -**  Die notwendigen Nachweise zur Leistungserbringung werden gesondert angefordert. |

[ ]  Altersrente ab       [ ]  anerkannte Berufsunfähigkeit seit       [ ]  Tod / verstorben am

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Änderungsmeldung gilt als Änderung der Vereinbarung zur Entgeltumwandlung. * Hier ist die Arbeitnehmer-Unterschrift erforderlich.
* Sollte die Versicherung nicht entsprechend zustande kommen bzw. geändert werden können, ist diese Änderungs-Vereinbarung über Entgeltumwandlung unwirksam. Eine Versorgungszusage wird dann insoweit nicht erteilt bzw. nicht geändert.
* Im Übrigen gelten die Regelungen der vorgehenden, jetzt betragsmäßig geänderten Entgeltumwandlungsvereinbarung weiter.
 |
|  | Soweit notwendig, wird eine Dienstobliegenheitserklärung gesondert angefordert. |
|  | Die Änderung gilt personenbezogen, also für alle Versorgungen/Versicherungen der Person |

Ort, Datum

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Unterschrift Arbeitnehmer |  |  | Unterschrift und Stempel Arbeitgeber |