**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 |