Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Art der betrieblichen Altersvorsorge:	☐ Pensionskasse ☐ Direktversicherung ☐ Pensionsfond ☐ Direktzusage ☐ Unterstützungskasse

Versicherungsinstitut:
Vertragsnummer:
Vertragsdauer: **Versicherungsbeginn: _____Versicherungsende:_____**
Datum der Versorgungszusage:

Gruppenversicherung:	☐ **ja**	☐ **nein**

Beitrag:	**Gehaltsumwandlung in Höhe von:** _____ **Arbeitgeberanteil in Höhe von:** _____
Zahlungszeitraum:	☐ monatlich ☐ jährlich durch Umwandlung eines Einmalbezugs (z.B. Weihnachtsgeld)

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Zahlungsweg:	☐ Lastschrift ☐ Überweisung: Kreditinstitut: _____ BIC:_____ IBAN:_____
Abrechnung von Arbeitgeberbeiträgen bei voller Unterbrechung (z.B. Krankheitszeiten, Mutterschutzzeiten, Elternzeit):	☐ ja ☐ nein

Bitte Duplikat der Versicherungspolice einreichen.

Wir empfehlen Ihnen eine Entgeltumwandlungsvereinbarung zu schließen. Hierfür können Sie das beigefüte Muster nutzen.

Erklärung des Arbeitnehmers: Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Datum	Unterschrift Arbeitnehmer	Datum	Unterschrift Arbeitgeber