

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Art der betrieblichen Altersvorsorge:	<input type="checkbox"/> Pensionskasse
	<input type="checkbox"/> Direktversicherung
	<input type="checkbox"/> Pensionsfond
	<input type="checkbox"/> Direktzusage
	<input type="checkbox"/> 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

[Redacted area for Name des Mitarbeiters]

[Redacted area for Personalnummer]

Zahlungsweg:	<input type="checkbox"/> Lastschrift
	<input type="checkbox"/> Überweisung:
	Kreditinstitut: _____
	BIC: _____
	IBAN: _____
Abrechnung von Arbeitgeberbeiträgen bei voller Unterbrechung (z.B. Krankheitszeiten, Mutterschutzzeiten, Elternzeit):	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Bitte Duplikat der Versicherungspolice einreichen.

Wir empfehlen Ihnen eine Entgeltumwandlungsvereinbarung zu schließen. Hierfür können Sie das beigefügte 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