

Änderungsanzeige – Rückgedeckte Unterstützungskasse im BVW e.V.

Trägerunternehmen _____ Mitglieds Nr. _____

Ansprechpartner _____ E-Mail _____ Telefon Nr. _____

Neue Anschrift (Anschreiben liegt bei) Umfirmierung (HR-Auszug/Bestätigung liegt bei)

Änderung Bankverbindung/SEPA-Lastschriftmandat

IBAN: DE _____ Kreditinstitut: _____

Versorgungsberechtigter _____ Versicherungsnummer: _____

Neue Anschrift _____

Namensänderung (Kopie der Heiratsurkunde liegt bei)

Änderung der Versorgungszusage /des Vertrages

Beitragsfreistellung (je nach AGB's der Versicherungsgesellschaft)

Aktivierung / Wiederinkraftsetzung der Versorgungszusage

Arbeitgeber-Wechsel / Dienstaustritt zum _____ Neuer Arbeitgeber _____

Beitragsänderung / Von _____ Euro auf _____ Euro

Aussetzen der Versorgungszusage auf Grund von Krankenstand, nach dem Ende der Entgeltfortzahlung

Aktivierung der Versorgungszusage nach Beendigung des Krankenstandes

Auflösung des Vertrages und Überführung in eine Liquidationsdirektversicherung

Auflösung des Vertrages und Abfindung der Versorgungszusagen im Rahmen der Abfindungsgrenze

Die oben aufgeführte Änderung soll zum _____ in Kraft treten, beginnend mit dem

Gehaltsmonat _____.

Ort, Datum

Arbeitnehmer

Trägerunternehmen / Arbeitgeber / Stempel

Wir stimmen der oben aufgeführten Änderung zu.

Unterstützungskasse