

**Anmeldeliste zum Leistungsplan der
Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.**

Anmeldung von Mitarbeitern/Versorgungsberechtigten bei der Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.

für das Trägerunternehmen _____

Beginn: _____ **20**__

Lfd. Nr.	Personendaten						Adresse			Versorgung				
	Name	Vorname	m/w	Pers-Nr.	Geb.-Dat.	Dienst-eintritt	PLZ	Ort	Str.	Jahres-beitrag	Zahl-weise	garantierte Kapitalzahlung zum Rentenbeginn	RGZ in Jahren	Rentenbeginn-alter
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

Die Versicherungen werden nach Tarif _____ bei der _____ mit Zahlungsweise gem. Liste beantragt.

Es handelt sich dabei um Leibrentenversicherungen mit folgenden Eckdaten:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit (RGZ) gem. Liste | <input type="checkbox"/> gesetzlich unverfallbar | <input type="checkbox"/> Beitragsrückgewähr in der Anwartschaftsphase |
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeberfinanziert | <input type="checkbox"/> sofort unverfallbar | <input type="checkbox"/> Rückgewähr des gebildeten Kapitals in der Anwartschaftsphase |
| <input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung | <input type="checkbox"/> vertraglich unverfallbar nach ___ Jahren | <input type="checkbox"/> Rückgewähr des gebildeten Kapitals in der Rentenphase |

Die Rente wird lebenslänglich monatlich gezahlt, erstmals wenn der/die Versorgungsberechtigte den Rentenzahlungstermin gem. Versicherungsschein des Rückdeckungsversicherers (Ende der Aufschubdauer) erlebt. Für den Todesfall gelten die Regelungen des Leistungsplanes sowie ggf. eine vereinbarte Hinterbliebenenregelung.

Stempel/Unterschrift des Trägerunternehmens

Stempel/Unterschrift der Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.