

Postanschrift:
Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.
Max-Josefs-Platz 11
83022 Rosenheim

Telefon: 08031 – 58 99 18
Telefax: 08031 – 58 99 37

Website: www.rosenheimer-uk.de
E-Mail: info@rosenheimer-uk.de



Änderungsmitteilung einer bestehenden Versorgungsanwartschaft

Bitte beachten Sie, dass die Umsetzung von der Mitwirkung der Rückdeckungsversicherungsgesellschaft abhängig ist. Zudem ist für Veränderungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung eine arbeitsrechtliche Begleitung zwingend. Die Versorgungsvereinbarung muss entsprechend verändert werden. Die Änderung wird wirksam durch Bestätigung der Kasse.

Trägerunternehmen:

Name/Stempel des Trägerunternehmens

Mitgliedsnummer:

_____ / _____

Mitarbeiter/Versorgungsanwärter:

Vorname und Name

Rückdeckungsversicherung:

Versicherungsscheinnummer

Versicherungsgesellschaft

Änderungstermin:

01. _____ .20 _____

Ihre Kontaktdaten für Rückfragen:

Email: _____

Tel.: _____

1. **Aktivierung**

2. **Beitragsänderung** Entgeltumwandlungsvereinbarung muss entsprechend geschlossen bzw. verändert werden.

mit neuem Gesamtbeitrag von lt. Zahlungsweise _____ EUR

3. **Änderung der Zahlungsweise/ des Zahlungsrhythmus auf**

(bitte beachten Sie hierbei, dass die Änderung ggf. nur zur Hauptfälligkeit des Vertrages beantragt werden kann und nicht „unterjährig“ geändert wird)

monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich

4. **Beendigung der Versorgungszusage und Verrechnung des Rückkaufswertes mit künftigen Beiträgen aufgrund einer verfallbaren Anwartschaft**

(bitte beachten Sie hierbei, dass die Verrechnung nur mit künftigen Beiträgen an die Rosenheimer Unterstützungskasse e. V. erfolgen kann)

5. **Änderungen nach dem Umwandlungsgesetz**

-> chronologischer Handelsregisterauszug dringend erforderlich

-> Wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung, um die weitere Vorgehensweise mit Ihnen abzustimmen zu können.

6. **Änderung Rangfolge im Todesfall a) Ehegatte b) Lebenspartner c) Lebensgefährte d) Kinder e) ehemalige Ehegatte**

_____ 1. Rang _____ 2. Rang _____ 3. Rang _____ 4. Rang _____ 5. Rang

Ort, Datum

Unterschrift des Versorgungsanwärters

Stempel, Unterschrift des Trägerunternehmens