ÖBAV Servicegesellschaft
für betriebliche Altersversorgung
öffentlicher Versicherer mbH

Postfach 11 08 39
40508 Düsseldorf

Unternehmen: _____

Name Mitarbeiter/in: _____

Geburtsdatum: _____

Kennziffer: | | | | | | . | | | | |

Versicherungs-Nr.: _____

ÄNDERUNGSANZEIGE ÖBAV UNTERSTÜTZUNGSKASSE E.V.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

BEITRAGSUNTERBRECHUNG AUFGRUND RUHENDEN ARBEITSVERHÄLTNISSES / WIEDERAUFNAHME BEITRAGSZAHLUNG

☐ Die Beitragszahlung für den / die o. g. Mitarbeiter/in wird aus folgendem Grund unterbrochen:

☐ Krankheit ☐ Mutterschutz ☐ Elternzeit ☐ Sonstiges: _____

Beginn der beitragslosen Zeit: _____
(TT.MM.JJJJ)

☐ Der Anteil aus in betriebliche Altersversorgung umgewidmeten vermögenswirksamen Leistungen (vgl. Entgeltumwandlungszusage) wird jedoch fortlaufend weiter gezahlt.

☐ Der vom Arbeitgeber finanzierte Anteil des mischfinanzierten Beitrags wird jedoch fortlaufend weiter gezahlt.

☐ Die Beitragszahlung für den / die o. g. Mitarbeiter/in wird wieder aufgenommen ab dem _____.
(TT.MM.JJJJ)

NAMENSÄNDERUNG

Der Familienname des / der o. g. Mitarbeiter/in hat sich wie folgt geändert:

_____ Grund (z.B. Heirat): _____
neuer Familienname

STATUSWECHSEL VERSORGUNGSBERECHTIGTER / BETEILIGUNG AM UNTERNEHMEN

☐ Gesellschafter/Unternehmer ab dem _____
(TT.MM.JJJJ)

☐ kein Gesellschafter/Unternehmer mehr ab dem _____
(TT.MM.JJJJ)

☐ PSV-Pflicht besteht ab dem _____
(TT.MM.JJJJ)

☐ PSV-Pflicht besteht nicht mehr ab dem _____
(TT.MM.JJJJ)

_____ _____
ORT, DATUM FIRMENSTEMPEL, UNTERSCHRIFT

Hinweis: Bitte an ÖBAV senden, gerne auch per Fax an 0211 4554-177. Fassung: 29.02.2016