



NÜRNBERGER
überbetriebliche Versorgungskasse e. V.
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Telefon 0911 531-65710
Fax 0911 531-3577
nvk@nuernberger.de

Änderungsmitteilung

Firmen-Mitgliedschaftsnummer

Versorgungsvertragsnummer

Absender

Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mitarbeiter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Abmeldung des Mitarbeiters

Der Mitarbeiter scheidet zum _____ aus unserem Unternehmen aus.

Kündigung der Entgeltumwandlungs-Vereinbarung zum 01. _____

Die Beitragszahlung soll unterbrochen werden ab 01. _____ wegen

Mutterschutz Elternzeit Ende der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

Sonstiger Grund _____

Die letzte Entgeltumwandlung erfolgt aus dem Gehalt im Monat _____

für die Beitragszahlung des Folgemonats (Abweichungen von dieser Regelung bitte vermerken!).

Bei arbeitnehmerfinanzierten Versorgungen (Entgeltumwandlung) erfolgt eine Freigabe der Versorgung an den Mitarbeiter.

Bei arbeitgeberfinanzierten Versorgungen bitte ausfüllen:

Freigabe an den Mitarbeiter

Der vorhandene Wert soll mit zukünftigen Zuwendungen verrechnet werden.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.



Wiederinkraftsetzung zum 01. (Änderungstermin)

- mit unverändertem Beitrag
 mit unveränderter Versicherungssumme

Die erste Entgeltumwandlung erfolgt aus dem Gehalt im Monat _____

Beim Wiederinkraftsetzen des biometrischen Risikos ist eine Gesundheitserklärung erforderlich. Diese wird, sofern notwendig, von uns angefordert.

Reduzierung zum 01 (Änderungstermin)

- des **Beitrags** von _____ EUR auf _____ EUR bei gleicher Beitragsfähigkeit
 der **Versicherungssumme/Jahresrente** von _____ EUR auf _____ EUR

Der neue Beitrag wird erstmalig in der Entgeltumwandlung aus dem Gehalt im Monat _____ berücksichtigt.

Erhöhung zum 01 (Änderungstermin)

- des **Beitrags** von _____ EUR auf _____ EUR bei gleicher Beitragsfähigkeit
 der **Versicherungssumme/Jahresrente** von _____ EUR auf _____ EUR

Der neue Beitrag wird erstmalig in der Entgeltumwandlung aus dem Gehalt im Monat _____ berücksichtigt.

Die Erhöhung soll

- im bestehenden Vertrag erfolgen. Abhängig von der ursprünglichen Tarifgeneration und der Kollektivstufe erfolgt die Erhöhung nach anderen Rechnungsgrundlagen als in einem Neuvertrag. Diese sind bei Vertragsabschlüssen bis einschließlich des Jahres 2016 in der Regel insbesondere mit einem höheren Rechnungszins aber auch mit höheren Abschlusskosten verbunden. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Kundenbetreuung.
- Die Erhöhung erfolgt aufgrund einer gehaltsabhängigen Versorgungszusage, die bereits bei Vertragsabschluss vorlag (Versorgungszusage ist beigelegt)
- Die Erhöhung erfolgt aufgrund zwingender arbeitsrechtlicher Vorgaben (bspw. Versorgungsordnung/Betriebsvereinbarung/betriebliche Übung – Regelung ist beigelegt)
- Die Erhöhung erfolgt aufgrund tarifvertraglicher Vorgaben
- Die Erhöhung erfolgt aus sonstigem Grund _____

in einem zusätzlichen Neuvertrag (gemäß beiliegendem Antrag) in der aktuellen Tarifgeneration erfolgen.

Die Erhöhung von Bestandsverträgen muss im Einzelfall geprüft werden. Sie ist bei rückgedeckten Unterstützungskassen grundsätzlich möglich, wenn diese arbeitsrechtlich oder tarifrechtlich notwendig ist. Erhöhungen, die ohne rechtliche Verpflichtung aufgrund eines Wunsches des Arbeitgebers oder Arbeitnehmers erfolgen sollen, können nur in begrenztem Umfang im Bestandsvertrag durchgeführt werden. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Kundenbetreuung.

Beim Erhöhen des biometrischen Risikos ist eine Gesundheitserklärung erforderlich. Diese wird, sofern notwendig, von uns angefordert.

Sonstige Änderung

Ort, Datum

X

Firmenstempel/Unterschrift

Ort, Datum

X

Unterschrift des Mitarbeiters