

NÜRNBERGER
überbetriebliche Versorgungskasse e. V.
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Bitte unterschrieben an uns zurücksenden:

Per Post in einem frankierten Fensterkuvert
an nebenstehende Adresse

Per E-Mail an
nvk@nuernberger.de

Per Fax an
0911 531-3577

Änderungsmitteilung

Firmen-Mitgliedschaftsnummer _____

Versorgungsvertragsnummer _____

Absender

Name der Firma

Straße Hausnummer Postleitzahl Ort

Mitarbeiter

Vorname Nachname

Straße Hausnummer Postleitzahl Ort

Geburtsdatum

Änderungen zum Vertrag

Abmeldung des Mitarbeiters

Der Mitarbeiter scheidet zum _____ aus unserem Unternehmen aus.

Die Beiträge sind bis einschließlich des Austrittsmonats bezahlt.

Bei einer Zahlweise ungleich monatlich, bis zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Austrittstermin.

Abweichend davon gilt: Die Beiträge werden/wurden bis einschließlich (MM.JJJJ) _____ gezahlt.

Ist das Arbeitsverhältnis beendet, stimmen wir einer Abfindung zu, sofern keine gesetzlichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

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.

- Die Beitragszahlung soll ab **01.** _____ unterbrochen werden wegen
- Mutterschutz
 - Elternzeit
 - Ende der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
 - Sonstiger Grund _____

- Wiederinkraftsetzung** zum **01.** _____ *Änderungstermin*
- mit unverändertem Beitrag
 - mit unveränderter Versicherungssumme
-  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

- Erhöhung** zum **01.** _____ *Änderungstermin*
- des **Beitrags** von _____ EUR auf _____ EUR bei gleicher Beitragsfähigkeit
 - der **Versicherungssumme/Jahresrente** von _____ EUR auf _____ EUR

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/tarifvertraglicher Vorgaben – Regelung ist beigelegt*)
 - 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



Firmenstempel/Unterschrift

Ort, Datum



Unterschrift des Mitarbeiters