

Betriebliche Altersversorgung Veränderungsmeldung

Alte Leipziger
Lebensversicherung



ALTE LEIPZIGER

Versicherung Nr./Rahmenvertrag Nr. _____

Alte Leipziger
Pensionskasse AG

Arbeitgeber <input checked="" type="checkbox"/> Firma	
Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort, Land	

Abgänge

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Firmeneintrittsdatum	
Firmenaustrittsdatum	
Finanzierung der Beiträge bisher durch <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Versteuerung der Beiträge bisher <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> nach § 40b EStG <input type="checkbox"/> nach § 3 Nr. 63 EStG <input type="checkbox"/> nach § 10a EStG	
Die überzahlten Beiträge werden dem Versicherten mitgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Firmeneintrittsdatum	
Firmenaustrittsdatum	
Finanzierung der Beiträge bisher durch <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Versteuerung der Beiträge bisher <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> nach § 40b EStG <input type="checkbox"/> nach § 3 Nr. 63 EStG <input type="checkbox"/> nach § 10a EStG	
Die überzahlten Beiträge werden dem Versicherten mitgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Firmeneintrittsdatum	
Firmenaustrittsdatum	
Finanzierung der Beiträge bisher durch <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Versteuerung der Beiträge bisher <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> nach § 40b EStG <input type="checkbox"/> nach § 3 Nr. 63 EStG <input type="checkbox"/> nach § 10a EStG	
Die überzahlten Beiträge werden dem Versicherten mitgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Firmeneintrittsdatum	
Firmenaustrittsdatum	
Finanzierung der Beiträge bisher durch <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Versteuerung der Beiträge bisher <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> nach § 40b EStG <input type="checkbox"/> nach § 3 Nr. 63 EStG <input type="checkbox"/> nach § 10a EStG	
Die überzahlten Beiträge werden dem Versicherten mitgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Die Versicherungen werden den Versicherten auch ohne unverfallbare Anwartschaft zur Fortführung übertragen.

bav603 – 03.2024

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber ggf. Firmenstempel

Betriebliche Altersversorgung Veränderungsmeldung

Alte Leipziger
Lebensversicherung



ALTE LEIPZIGER

Versicherung Nr./Rahmenvertrag Nr. _____

Alte Leipziger
Pensionskasse AG

Arbeitgeber <input checked="" type="checkbox"/> Firma	
Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort, Land	

Veränderungen

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin beitragsfrei gestellt werden.	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin herabgesetzt werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin erhöht werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll wegen Elternzeit befristet beitragsfrei gestellt werden. Die Elternzeit beginnt am	

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin beitragsfrei gestellt werden.	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin herabgesetzt werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin erhöht werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll wegen Elternzeit befristet beitragsfrei gestellt werden. Die Elternzeit beginnt am	

Versicherter (VT) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Versicherung Nr.
Titel, Vorname, Name	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin beitragsfrei gestellt werden.	
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin herabgesetzt werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll zum nächstmöglichen Termin erhöht werden.	<input type="checkbox"/> Der neue Beitrag ist € <input type="checkbox"/> Die neue Leistung ist €
<input type="checkbox"/> Der Vertrag soll wegen Elternzeit befristet beitragsfrei gestellt werden. Die Elternzeit beginnt am	

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber ggf. Firmenstempel

Erklärung bei Erhöhung von Beitrag oder Leistung:

Hiermit melden wir die in der Liste genannten Personen an.

Entsprechend den Annahmerichtlinien der Alte Leipziger bestätigen wir, dass die zu versichernden Personen zum Zeitpunkt der Anmeldung bei Grundfähigkeitsversicherungen:

- ihren Dienst voll versehen, in den letzten 2 Jahren nicht länger als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt waren und uns keine Kenntnisse über bestehende Behinderungen vorliegen (darunter zu verstehen sind Schwerbehinderte bzw. gleichgestellte behinderte Menschen gemäß § 2 SGB IX).

(Sofern das Arbeitsverhältnis noch keine 2 Jahre besteht, gibt der Arbeitnehmer die Erklärung auf Druckstück bav 432 bzw. bav 415 ab.)

bei allen anderen Versicherungen:

- ihren Dienst voll versehen.
- ihren Dienst voll versehen und in den letzten 2 Jahren nicht länger als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt waren.

(Sofern das Arbeitsverhältnis noch keine 2 Jahre besteht, gibt der Arbeitnehmer die Erklärung auf Druckstück bav 432 bzw. bav 415 ab.)

Die Erklärung kann für folgende Personen nicht abgegeben werden (Nr. angeben) _____.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber ggf. Firmenstempel