

Bitte senden an



Öffentliche Lebensversicherung
Sachsen-Anhalt
Am Alten Theater 7
39104 Magdeburg

Änderungsantrag

Lebens- / Rentenversicherungs-Nr.

0	4	2	1	-	0			.			.			.				
---	---	---	---	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

Name des Arbeitnehmers

Änderungsdatum:

1. Neue Anschrift des Arbeitnehmers

2. Umstellung in eine beitragsfreie Versicherung

- Beitragsfreistellung auf Wunsch des Arbeitgebers/Arbeitnehmers
- Beitragsfreistellung aufgrund entgeltloser Beschäftigungszeiten
- wegen Elternzeit oder wegen Krankheit

Beginn der entgeltlosen Beschäftigungszeit:

Letzte Überweisung/ Lastschrift am:

Voraussichtliches Ende der entgeltlosen Beschäftigungszeit:

Erste Überweisung/ Lastschrift nach entgeltloser Beschäftigungszeit

3. Beitragsänderung

- Arbeitnehmerbeitrag von

 EUR auf

 EUR
- Arbeitgeberbeitrag von

 EUR auf

 EUR
- Gesamtbeitrag

 EUR

 Ort, Datum

 Firmenstempel und Unterschrift
des Versicherungsnehmers/Arbeitgebers

 Unterschrift des Arbeitnehmers