

# ÖBAV Unterstützungskasse e.V.

ÖBAV Servicegesellschaft  
für betriebliche Altersversorgung  
öffentlicher Versicherer mbH  
Postfach 110839  
40508 Düsseldorf

Unternehmen	<input type="text"/>
Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="text" value="Name, Vorname"/>
Geburtsdatum	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>
Kennziffer	<input type="text"/>
Versicherungs-Nr.	<input type="text"/>

## 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:

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

**Namensänderung**

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

<input type="text" value="Neuer Familienname"/>	<input type="text" value="Grund (z.B. Heirat)"/>
---	--

**Statuswechsel Versorgungsberechtigter / Beteiligung am Unternehmen**

Gesellschafter/Unternehmer ab dem

Kein Gesellschafter/Unternehmer mehr ab dem

PSV-Pflicht besteht ab dem

PSV-Pflicht besteht nicht mehr ab dem

<input type="text" value="Ort, Datum"/>	<input type="text" value="Firmenstempel, Unterschrift"/>
---	--