

- ANMELDUNG ZUR
- ABMELDUNG VON DER
- VERÄNDERUNG ZUR



PFLICHTVERSICHERUNG

(Versorgungsordnung B der Arbeitsvertragsrichtlinien
des Deutschen Caritasverbandes)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------|-------|-------|--------------|-----|---------|-------|-------|-------|-------------|---------------|-------------------|----------------------|---|-------|-------|---|
| SELBSTHILFE PENSIONSASSE DER CARITAS VVaG POSTFACH 410120 50861 KÖLN | DIENSTGEBER / EINRICHTUNG NR.: _____ _____ _____ Fertigen Sie bitte von der ausgefüllten Anmeldung / Abmeldung je eine Kopie für Ihre Unterlagen und für Ihren Mitarbeiter an. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Mitgl.-Nr.:</td> <td style="width: 55%;">Name, Vorname</td> <td style="width: 30%;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Straße, Nr.:</td> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Geschlecht*</td> <td>Familienstand</td> <td>Beruf / Tätigkeit</td> <td>Teilzeitbeschäftigt*</td> </tr> <tr> <td>m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Mitgl.-Nr.: | Name, Vorname | Geburtsdatum | _____ | _____ | _____ | Straße, Nr.: | PLZ | Wohnort | _____ | _____ | _____ | Geschlecht* | Familienstand | Beruf / Tätigkeit | Teilzeitbeschäftigt* | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Mitgl.-Nr.: | Name, Vorname | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße, Nr.: | PLZ | Wohnort | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geschlecht* | Familienstand | Beruf / Tätigkeit | Teilzeitbeschäftigt* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANMELDUNG* <input type="checkbox"/> Hiermit melden wir den vorgenannten Mitarbeiter zur Pflichtversicherung bei der SELBSTHILFE auf Grundlage der Versorgungsordnung B an. Anmeldung zum Tag Monat Jahr Monatsbeitrag _____ € <small><i>Der Monatsbeitrag ist nach § 4 der VersO B zu berechnen. (Für Vergütungen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzl. Rentenversicherung: 7,5% des versicherungspflichtigen Beschäftigungsentgeltes)</i></small> Liegt eine teilweise oder vollständige Erwerbsminderung oder eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes durch Erkrankung, Verletzung oder Behinderung vor?* ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besteht bereits eine Versicherung in der SELBSTHILFE? Wenn ja: Mitglieds-Nr.: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABMELDUNG* <input type="checkbox"/> Hiermit melden wir den vorgenannten Mitarbeiter aus der Pflichtversicherung bei der SELBSTHILFE auf Grundlage der Versorgungsordnung B ab. Abmeldung zum Tag Monat Jahr Mitglieds-Nr.: Gesamtbeitrag lfd. Jahr _____ _____ letzter Monatsbeitrag _____ Grund für die Abmeldung* <input type="checkbox"/> Beendigung des Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Erreichen der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Tod Teilen Sie uns bitte eine eventuelle neue Anschrift des abgemeldeten Versicherten mit. _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERÄNDERUNG* wirksam ab _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ruhen des Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Teilzeit neu / <input type="checkbox"/> neuer Monatsbeitrag </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit <input type="checkbox"/> Ende MSG / Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe / Anschrift </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Ruhen des Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Teilzeit neu / <input type="checkbox"/> neuer Monatsbeitrag | <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit <input type="checkbox"/> Ende MSG / Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe / Anschrift | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ruhen des Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Teilzeit neu / <input type="checkbox"/> neuer Monatsbeitrag | <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit <input type="checkbox"/> Ende MSG / Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe / Anschrift | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ Ort | _____ Datum | _____ Unterschrift / Stempel des Dienstgebers | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Zutreffendes bitte ankreuzen