



Änderungsmeldung

Hiermit melden wir

_____ (Name der Einrichtung)

4										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Institutionsnummer, 9-stellig)

folgende Veränderungen für

Frau Herr
_____ (Titel)

_____ (Name, Vorname)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Sozialversicherungsnummer, 12-stellig)

Namensänderung:

_____ (neuer Name)

_____ (gültig ab)

Grund:

Hochzeit

Scheidung

Sonstiges: _____

Hinweis: Bitte bei Namensänderungen grundsätzlich einen Nachweis beifügen (z.B. Kopie des Personalausweises oder der Heiratsurkunde).

Adressänderung:

_____ (neue Adresse: Straße, Nr.)

_____ (neue Adresse: PLZ, Ort)

_____ (Telefon – bitte für Rückfragen angeben)

_____ (E-Mail-Adresse – bitte für Rückfragen angeben)

Tarifwechsel, neuer Tarif:

B

EnA

EnAI

EnAW

FnAIW

FnAW

Bei Auswahl von Tarif B, EnA oder FnAIW benötigen wir einen vom Mitarbeiter ausgefüllten und unterschriebenen [Gesundheitsfragebogen](#). Tarif F steht nicht für die Pensionskasse zur Verfügung.

Gewünschter Rentenbeginn:

Erreichen der gesetzlichen Regelaltersgrenze

Die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht die/der versicherte Mitarbeiter*in je nach Geburtsjahrgang zwischen dem vollendeten 65. und dem vollendeten 67. Lebensjahr.

Folgender individueller Rentenbeginn: 01.

(Datum Rentenbeginn; Monatserster)

Diesen Rentenbeginn kann die/der versicherte Mitarbeiter*in individuell zwischen dem Datum der gesetzlichen Regelaltersgrenze (s.o.) und dem vollendeten 70. Lebensjahr festlegen.

Für Tarif EnAW bzw. F bitte Daten der Partnerin/des Partners ergänzen:

Frau

Mann

_____ (Name, Vorname Partner*in)

_____ (Geburtsdatum Partner*in)

Gültig ab:

sofort

_____ (Datum)

Gültig für Beitragsart:

Entgeltumwandlung

Arbeitgeber-Beiträge

Beitragsfreistellung:

Versicherung Nr. _____

vorübergehend beitragsfrei stellen

voraussichtlich bis _____

wegen: _____

Weiterführung nach Beitragsfreistellung:

Versicherung Nr. _____

ab _____

Die [Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO](#) sind auf unserer Homepage verfügbar.

_____ (Ort)

_____ (Datum)

_____ (Unterschrift/ggfs. Stempel Einrichtung)

_____ (Unterschrift Mitarbeiter*in)