

Antrag auf Arbeitgeberwechsel VWL

Versicherungs-Nr.

Alter Arbeitgeber

Frau Herr Divers Firma Name, Vorname / Firma, Ansprechpartner

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Neuer Arbeitgeber (= Beitragszahler)

Frau Herr Divers Firma Name, Vorname / Firma, Ansprechpartner

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Arbeitnehmer (= Versicherungsnehmer = versicherte Person)

Frau Herr Divers Firma Name, Vorname / Firma, Ansprechpartner

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Abteilung

Personalnummer

Antrag (vom Arbeitnehmer auszufüllen)

Antrag auf Änderung auf Grund von Arbeitgeberwechsel

Antrag auf Änderung der Anlagenart der vermögenswirksamen Leistungen bei Arbeitgeberwechsel

Antrag auf Erhöhung der vermögenswirksamen Leistungen bei Arbeitgeberwechsel

Ich, der Arbeitnehmer, beantrage gemäss dem 5. Vermögensbildungsgesetz bei meinem Arbeitgeber für die oben genannten fondsgebundenen Versicherungen die folgende Beitragszahlung:

Beitragszahlweise (monatlich,
¼-jährlich, ½-jährlich, jährlich)

Laufender Beitrag je Zahlung

Beginn der Beitragszahlung durch den
neuen Arbeitgeber (Datum)

EUR

Liegt der Arbeitgeberzuschuss unter dem oben genannten Beitrag, so wird die Differenz aus Teilen meines Arbeitsentgelts erbracht.

Ich bitte um pünktliche Beitragszahlung, weil hiervon für mich der Bestand des Versicherungsschutzes abhängt.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Information für den Arbeitgeber

Bitte die oben vereinbarten Beiträge überweisen an:

STANDORT

Liechtenstein Life Assurance AG
Industriering 37
LI-9491 Ruggell

IBAN

DE45 6944 0007 0151 4579 00

BIC

COBADEFFXXX

Bank

Commerzbank AG