

Austrittsmeldung

Erklärung zur Versorgungszusage im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses



Gothaer Lebensversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: _____

Versicherungsnummer: _____

Daten des Mitarbeiters:

Herr Frau Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Telefonnummer mit Vorwahl *) Mobil-Telefon-Nr. *) E-Mail-Adresse *)

*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen

Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers