**Rückmeldebogen –**

**Information zur betrieblichen Altersvorsorge**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Berlin, 06.06.2019

**1. Terminvereinbarung**

Ich bin grundsätzlich an Informationen zu den neuen betrieblichen Vorsorgemöglichkeiten interessiert und möchte mir in einem unverbindlichen, persönlichen Termin, meine Vorteile aufzeigen zu lassen.

# Ich möchte deshalb selbstständig Kontakt mit dem zuständigen Ansprechpartner aufnehmen:

tecis

Dipl. - Inf. Mattes Hacker

Frankfurter Allee 31A

10247 Berlin

Tel.: 030 – 420 262 71 - Fax: 030 – 428 024 45

Mobil 0177 – 751 54 53

# *oder*

Solche Art von Informationen wäge ich lieber mit meinem Lebenspartner gemeinsam ab und wünsche aus diesem Grund einen privaten Termin bei mir zu hause.

**Bitte setzen Sie sich zur Terminvereinbarung telefonisch mit mir in Verbindung:**

**Vormittags** **[ ]  Abends** **[ ]  Nachmittags** **[ ]  Wochenende** **[ ]**

*Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(alle angegebenen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. §§ 3,4 BDSG) und werden nicht an Dritte weitergegeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

***oder***

**2. Nichtteilnahmeerklärung und damit Enthaftung meines Arbeitgebers:**

Ich bin umfassend über die Möglichkeiten einer betrieblichen Vorsorge in Form einer Pensionskasse bzw. Direktversicherung in meinem Unternehmen informiert worden. Insbesondere kenne ich die Vorteile einer betrieblichen Versorgung, im Hinblick auf die Steuer- und Sozialabgabenersparnisse und hatte die Möglichkeit einen besonders günstigen Vertrag zu Firmenkonditionen zu erhalten.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich auf diese betriebliche Vorsorge per Gesetz einen Anspruch habe. Dennoch erkläre ich durch meine nachstehende Unterschrift, dass ich an der angebotenen betrieblichen Versorgung vorerst nicht teilnehmen möchte.

**Eine rückwirkende Inanspruchnahme der Vorteile ist nicht möglich. Die finanziellen Vorteile, insbesondere die Steuer- und Sozialabgabenersparnisse, als auch die für diesen Zeitraum geltenden Gruppenkonditionen, gehen endgültig verloren.**

Hiermit erkläre ich, auf diese Vorteile zu verzichten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift