Versorgungsträger (Versicherer): …

Versicherungsnummer: ...

Sehr geehrte/r Frau/Herr,

mit der Beendigung Ihres Dienstverhältnisses bei uns zum …(Datum) haben Sie eine unverfallbare Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung erworben.

Eine Versorgungsbescheinigung ist Ihnen bei Einrichtung Ihrer Versorgung ausgehändigt */ (alternativ:) ist diesem Schreiben beigefügt* worden, der Sie bitte die für Sie relevanten Informationen entnehmen können.

Wir teilen Ihnen und dem Versicherer / der Pensionskasse mit, dass Ihre Versorgungsansprüche auf die Leistungen begrenzt sind, die aufgrund unserer Beitragszahlung aus dem Versicherungsvertrag zum Leistungszeitpunkt fällig werden (versicherungsvertragliche Lösung gemäß § 2 Abs. 2 u. 3 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung, BetrAVG).

Bitte bestätigen Sie den Erhalt dieses Schreibens durch Rücksendung einer gegengezeichneten Kopie / Zweitschrift.

Mit freundlichen Grüßen

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

Firmenstempel, Unterschrift Arbeitgeber

Hiermit bestätige ich den Empfang des Schreibens vom …

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

Unterschrift des Mitarbeiters