

Bestätigung des Arbeitgebers

über das ungekündigte Beschäftigungsverhältnis des/der nachfolgenden Arbeitnehmer/in:

Arbeitnehmer:

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Straße _____

Plz, Ort _____

Arbeitgeber:

(Ggf. Stempel)

Mitgliedsnummer im VFHI: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes (Arbeitgeber)

Erklärung des Arbeitnehmers bei Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen des Vereins:

Vom Inhalt des Kollektivrahmen- bzw. Gruppenversicherungsvertrages zwischen dem VFHI e. V. und der entsprechenden Versicherungsgesellschaft, auf dessen Grundlage ich die Versorgungsleistungen des Vereins in Anspruch nehme, habe ich Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt, daß die Vergünstigungen ab dem Zeitpunkt fortfallen, ab dem die Mitgliedschaft des Arbeitgebers im Verein oder das Beschäftigungsverhältnis endet.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers