

## 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 VMW e. V.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes (Arbeitgeber)

### Erklärung des Arbeitnehmers bei Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen des Vereins:

Vom Inhalt des Kollektivrahmen- bzw. Gruppenversicherungsvertrages zwischen dem VMW 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