

## UNTERBRECHUNG DER BEITRAGSZAHLUNG

(Arbeitgeber)

Die Gesellschaft/Körperschaft

mit Sitz in  Prov.  PLZ

Str.  Nr.

MwSt.-Nr.  Steuernummer

Tel.  E-Mail

### TEILT MIT, DASS

vom  bis zum<sup>1</sup>

Herr/Frau

Steuernummer

geboren am  in  Prov.  Staat

wohnhaft in  Str.  Nr.

PLZ  Prov.  Tel.  Handy

E-mail

beim unterfertigten Arbeitgeber vorläufig aus folgendem Grund das Arbeitsverhältnis unterbrochen und somit die Beitragszahlung an den Fonds unterbrochen wird:

- Wartestand Gewerkschaftsmandat**
- fakultativer Urlaub aus familiären Gründen**
- nicht entlohnter Wartestand/Nichtarbeitszeiten (vertikale Teilzeitbeschäftigung)**
- Übertragung der Beitragszahlungen an eine andere Zusatzrentenform**



Datum

Stempel und Unterschrift



Dieses Formular ist

**PER E-MAIL: [info@laborfonds.it](mailto:info@laborfonds.it)**

oder **IN ORIGINAL** an

Zusatzrentenfonds Laborfonds z. Hd. Verwaltungsservice Pensplan Centrum AG

In der Mustergasse 11 39100 Bozen – Via Gazzoletti, 47 38122 Trient

oder **PER PEC** an [laborfonds@pec.it](mailto:laborfonds@pec.it)

zu senden.

<sup>1</sup> Ist das genaue Datum zum Zeitpunkt der Mitteilung zur Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses nicht bekannt, muss der Arbeitgeber dieses Datum bei der Wiederaufnahme des Dienstes oder der Beitragszahlung mitteilen.