

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 zum¹

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

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

zu senden.

¹ 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.