

Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.

Postanschrift:

Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.
Max-Josefs-Platz 11
83022 Rosenheim

Telefon: 08031 – 58 99 18**Telefax:** 08031 – 58 99 37**Website:** www.rosenheimer-uk.de**E-Mail:** info@rosenheimer-uk.de

Erklärung zur Zweckbindung für Zahlungen an das Trägerunternehmen

Trägerunternehmen:

Name/Stempel des Trägerunternehmens

Mitgliedsnummer:

_____ / _____

Mitarbeiter/Versorgungsanwärter:

Vorname und Name

Versicherungsscheinnummer:

Versicherungsscheinnummer der Rückdeckungsversicherung)

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsgesellschaft

Das Trägerunternehmen beantragt die Rückzahlung von Kassenvermögen für folgenden Zweck:

- Rückübertragung zur Abfindung gem. § 3 BetrAVG**
(Es sind die gesetzlichen Abfindungsregeln zu beachten! Der Arbeitgeber kann eine Anwartschaft ohne Zustimmung des Arbeitnehmers abfinden, wenn die Höhe der Anwartschaft 1 vom Hundert - im Rahmen von Rentenzusagen - bzw. zwölf Zehntel der monatlichen Bezugsgröße - bei Kapitalleistungen - nach § 18 SGB IV nicht übersteigen)
- Rückübertragung für den Fall der Liquidation gem. § 4 Abs. 4 BetrAVG**
- Rückübertragung bei Fehlbuchungen**
für die Monate _____ bis _____
(Monat) (Monat) (Jahr)

Das Trägerunternehmen bestätigt mit Unterschrift ausdrücklich, dass für die Zahlungen im Rahmen der Rückübertragung die gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung von Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträgen beachtet werden.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Arbeitnehmers_____
Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers