

# Nachweis über die erfolgte Information zum Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung

Name des Arbeitgebers / der Firma

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

## Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung

Der Arbeitgeber hat die Pflicht, seine Mitarbeiter über deren Anspruch auf betriebliche Altersversorgung zu informieren.

Hiermit bestätige ich, dass ich stellvertretend durch den von meinem Arbeitgeber beauftragten Berater

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

über meinen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung informiert worden bin.

Ich wurde über die von meinem Arbeitgeber angebotenen Vorsorgemöglichkeiten im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung und die damit verbundenen Steuervorteile aufgeklärt. Dennoch erkläre ich hiermit, von Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung derzeit keinen Gebrauch machen zu wollen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beraters