

Kundennummer (falls vorhanden)

Name u. Adresse oder
Firmenstempel

Ansprechpartner / Tel.

**Datenerfassung zur Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens
für Vorruhestandszahlungen**

Name

Geschlecht

M F

Geburtsdatum

Diensteintritt

Beginn der Zahlung

Ende der Zahlung

Monatsgehalt 100 %

Höhe der tatsächlichen mtl. Zahlung

Anzahl der Zahlungen

Tarifvertragliche Regelung

Einzelvertragliche Regelung
(Bitte Kopie des Vertrages beifügen)

Anmerkungen