

Information zur betrieblichen Altersversorgung

Die United Therapy GmbH bietet seinen Mitarbeitern die Möglichkeit, aus dem Bruttogehalt eine eigene Altersversorgung aufzubauen.

„Initiative Rente“ bedeutet für unsere Mitarbeiter:

- nachhaltig und wertbeständig für die Zukunft vorsorgen
- steuer- und sozialversicherungsfrei aus dem Bruttogehalt
- Eigenverantwortung für später übernehmen

„Initiative Rente“ bedeutet für die United Therapy GmbH:

- Förderprogramm zur Altersversorgung und Zuschuss für viele Mitarbeiter

Bitte informieren Sie sich über die beiliegende „Versorgungsordnung des Arbeitgebers- Häufig gestellte Fragen zur Altersversorgung“ detailliert über die Möglichkeiten unseres Programmes „Initiative Rente“.

Wenn Sie Interesse an einem entsprechenden Vertragsabschluss haben, werden wir unseren Kooperationspartner NMN24 financial services GmbH & Co. KG, bitten, einen Beratungstermin mit Ihnen zu vereinbaren. Das Gespräch wird in Ihrem Zentrum geführt und ist für Sie kostenlos. Planen Sie hierfür bitte ca. 1 Stunde außerhalb der Regearbeitszeit ein.

Unabhängig davon, ob Sie das Programm nutzen möchten oder nicht, senden Sie bitte diese Info-/Antwortseite ausgefüllt und unterschrieben mit Ihren arbeitsvertraglichen Unterlagen wieder an die United Therapy GmbH zurück.

Vielen Dank!

Antwort „betriebliche Altersversorgung“

Ich (Vorname, Name in Druckbuchstaben): _____

- a) interessiere mich dafür, wie die betriebliche Altersversorgung bei *United Therapy* für mich aussehen könnte. Ich bitte um einen Anruf zwecks Terminvereinbarung zu einem Beratungsgespräch. ()
- b) habe bereits einen Vertrag über eine betriebliche Altersversorgung abgeschlossen und bin daran interessiert, inwieweit diese weitergeführt bzw. umgewandelt werden kann. Ich bitte daher um einen Anruf zwecks Terminvereinbarung zu einem Beratungsgespräch. ()
- c) habe ich derzeit kein Interesse an einer Umwandlung von Lohn/Gehalt zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung. Mir ist bewusst, dass ich auf die Einsparung von Einkommensteuer und Sozialversicherungsbeiträgen sowie auf den Arbeitgeberzuschuss zur Direktversicherung verzichte. Ich behalte mir vor, die Teilnahme später noch zu beantragen, weiß aber, dass eine rückwirkende Teilnahme nicht möglich ist ()

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich arbeite seit/ab dem:

bei der *United Therapy* GmbH im Standort:

in der Position als:

mit einem monatlichen Verdienst von Euro:

Meine Kontaktdaten:

Telefon:

E-Mail:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Regelung der Arbeitgeber Versorgungsordnung „Häufig gestellte Fragen zur betrieblichen Altersversorgung“ gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Datum/Ort und Unterschrift: