MITTEILUNG ARBEITGEBER-WECHSEL

DERZEITIGE VERTRAGSDATEN

Bisheriger Arbeitgeber		Vertragsnummer	
Titel / Vorname		Geburtsdatum	
Nachname		Geschlecht	○ w ○ m ○ d

HIERMIT TEILE ICH FOLGENDEN ARBEITGEBER-WECHSEL MIT

Austrittsdatum		Beginn der neuen Beschäftigung (Eintrittsdatum)	
Name (Firmierung) des neuen Arbeitgebers			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Ansprechpartner im neuen Unternehmen (Vor- und Nachname)			
Postition / Abt. im Unternehmen			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

Ich bitte hiermit um Kontaktaufnahme mit meinem neuen Arbeitgeber zur Übernahme meiner bestehenden Vorsorgung. Mein neuer Arbeitgeber wurde von mir über diesen Vorgang informiert.

Ort, Datum	
Unterschrift Arbeitnehmer	

Formular V02-Stand 04/2026

Drucken

DUK Versorgungswerk e.V. Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-20 | Telefax +49 30 5779979-29
info@duk.de | **www.duk.de**

AUPU Versorgungswerk e.V. | Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-15 | Telefax +49 30 5779979-29
info@aupu.de | **www.aupu.de/vorsorge**