

ZUSATZVERSORGUNGSKASSE
des Maler- und Lackiererhandwerks VVaG
- **Maler-Lackierer-Rente** -
Postfach 6269
65052 Wiesbaden

per Fax an: 0611-7630-493

**Wiederaufnahme von Beitragszahlungen
Betriebskonto-Nr.**

Arbeitnehmername: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

MLR – Vertragsnummer: MLR99990000 _____

Mit Wirkung vom _____ beantragen wir die Wiederaufnahme der Beitrags-
Datum
zahlung für oben genannten Arbeitnehmer.

Somit werden ab dem Beitragsmonat ____/____ wieder Beiträge gezahlt.
Monat / Jahr

Es wird bestätigt, dass vertraglich festgelegte Einzelheiten (Tarif, Zahlweise, Beitragshöhe) unverändert bleiben.

Grund der Wiederaufnahme:

(z. B. Beschäftigungsaufnahme nach Krankheit, Beschäftigungsaufnahme nach Kündigung wegen schlechter Witterung usw.):

Ort, Datum

Stempel / rechtsverbindliche Unterschrift