

Aussetzung der Beitragsfälligkeit bei Wegfall der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

Für Direktversicherungen in Form von selbstständigen Berufs- oder Grundfähigkeitsversicherungen

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: _____
Versicherte Person/Arbeitnehmer: _____

Wir beantragen die Aussetzung der Beitragsfälligkeit aufgrund von Krankheit der versicherten Person über den Zeitraum der Lohnfortzahlung.

Die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt ab:

_____ (Monatserster nach Wegfall der Lohnfortzahlung)

Der Versicherungsschutz bleibt in dieser Zeit in vollem Umfang bestehen. Die Aussetzung der Beitragsfälligkeit ist bis zu 6 Monate möglich. Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit oder bei Wegfall der Arbeitsunfähigkeit ist die Beitragszahlung ab dem nächsten Monatsersten wieder aufzunehmen. Nimmt die versicherte Person die Tätigkeit (im Unternehmen des Versicherungsnehmers) wieder auf, ist uns dies unverzüglich mitzuteilen.

Der Arbeitgeber/Versicherungsnehmer bestätigt den Wegfall der Lohnfortzahlung aufgrund von Krankheit.

_____	x
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) ggf. Firmenstempel