

Zahlungsunterbrechung bei Direktversicherungen

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

Grund der Zahlungsunterbrechung:

- Krankheit über die gesetzliche Lohn-/Entgeltfortzahlung hinaus (24 Monate)
- Mutterschutz/Elternzeit (36 Monate pro Kind)
- Arbeitslosigkeit (24 Monate nach Austritt)
- Sonstiges (12 Monate): _____

Bitte entscheiden Sie sich für eine der folgenden drei Möglichkeiten:

- Private Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer ab dem**

01. ____ . 20 ____ bis einschließlich _____ . 20 ____
(Monat)

Offene Beiträge bis zu diesem Termin werden durch eine Vertragsänderung verrechnet.
Die bisherige Beitragshöhe verändert sich nicht.

Eine Anpassung des Beitrags können Sie hier angeben: _____ Euro

Bei einer Reduzierung des Beitrags kann der Beitrag zu den gleichen Fristen wie unter dem Punkt „Beitragsfreistellung“ wieder auf die bisherige Beitragshöhe erhöht werden.
Zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates ist ein Formular beigelegt.

Hinweis: Auch auf Leistungen durch privat eingezahlte Beiträge können in der Leistungsphase Sozialversicherungsbeiträge anfallen.

Aussetzung der Beitragszahlung vom 01. ____ . 20 ____ bis einschließlich ____ . 20 ____
(Monat)

- » bei Krankheit/Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate
- » bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind
- » bei sonstigen Gründen max. 12 Monate
- » Die Aussetzung kann jederzeit vorzeitig beendet werden.
- » Die Fristen gelten ab Beitragsrückstand. Rückständige Beiträge werden bis zum nächsten Monatsersten – ab Eingang der Erklärung bei uns – verrechnet.
- » Der Vertragsbeginn wird um die Dauer der Aussetzung verschoben. Da sich die Beitragszahlungs- und Versicherungsdauern verkürzen, reduziert sich die Leistung.
 - Zusätzlich wird das Ablaufdatum um die Dauer der Aussetzung verschoben, jedoch nicht über das 67. Lebensjahr der versicherten Person hinaus.
- » Das Ablaufjahr einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt unverändert. Hierdurch kann es zu einer Verkürzung der Laufzeit für die Haupt- und Zusatzversicherung kommen. Bei Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen verkürzt sich hierdurch die Gesamtlaufzeit.
- » Während der Aussetzung besteht kein Versicherungsschutz bei einer Kapitalversicherung, einer Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung oder bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsleistung.
- » Tritt der Versicherungsfall während der Aussetzung ein, erfolgt keine Leistung über den Aussetzungstermin hinaus.
- » Sie können die Aussetzung jederzeit vorzeitig beenden.

Beitragsfreistellung des Vertrages ab dem 01. ____ . 20 ____

Bei einer Beitragsfreistellung werden die ursprünglich vereinbarten Leistungen anteilig reduziert. Während des beitragsfreien Zeitraums besteht kein oder nur ein deutlich verringerter Versicherungsschutz. Die Beitragsfreistellung ist zeitlich nicht begrenzt. Jedoch gelten unterschiedliche Fristen bei einer Wiederinkraftsetzung zu den ursprünglichen Vertragskonditionen:

- » Ohne erneute Gesundheitsprüfung:
 - » bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate (die Regelungen gelten nicht bei bereits angemahnten Beitragsrückständen),
 - » bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind,
 - » die Wiederinkraftsetzung muss **aktiv** innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Elternzeit, Krankheit oder Arbeitslosigkeit beantragt werden.
- » Bei Verträgen mit Vertragsabschluss vor dem 01.01.2005 (§ 40b EStG a.F.) sind die Fristen generell auf maximal 24 Monate beschränkt.
- » Nach Ablauf der genannten Fristen gilt für Verträge mit Vertragsabschluss nach dem 01.01.2005 Folgendes:
 - » Bei Verträgen nach § 3 Nr.63 EStG und privat fortgeführten Verträgen (Arbeitslosigkeit) erfolgt ggf. eine neue Gesundheitsprüfung und eine Umstellung des Tarifs auf die dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Eine Wiederinkraftsetzung ist nur nach den jeweiligen Bedingungen möglich. Sehen die Bedingungen keine Regelung für eine Wiederinkraftsetzung vor, ist diese nicht möglich.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers
(Arbeitgeber) und Firmenstempel

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person

SEPA-Lastschriftmandat

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

Mit diesem Formular wird die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064, zum Lastschrifteinzug ermächtigt. Diese wird den Kontoinhaber rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Daten des Kontoinhabers

Name/Vorname/Firma _____
Straße und Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt Zahlungen von nachstehendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an ihn versendet. **Hinweis:** Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sofern Sie als Beitragszahler nicht zugleich der Versicherungsnehmer sind, gilt zusätzlich: Sie haben den Versicherungsnehmer mit Antragstellung beauftragt und bevollmächtigt, alle Informationen betreffend den Zahlungsverkehr und dieses SEPA Lastschriftmandat für Sie als Kontoinhaber entgegen zu nehmen und sind ausdrücklich damit einverstanden, dass jegliche Korrespondenz hierzu über den Versicherungsnehmer erfolgt.

Informationen zur Verarbeitung Ihre Daten finden Sie unter www.volkswohl-bund.de/datenschutz. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Datenschutzhinweise auch gerne zu.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ einmalige Lastschrift

IBAN _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum x Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. Firmenstempel)

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!