

Wiederinkraftsetzung von Direktversicherungen nach Elternzeit, Krankheit oder Arbeitslosigkeit

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

Wiederinkraftsetzung nach

- Elternzeit (pro Kind maximal **36** Monate)
 Krankheit oder Arbeitslosigkeit (maximal **24** Monate)

Die versicherte Person ist wieder tätig seit: _____

Termin der Wiederinkraftsetzung: _____

Wir bestätigen, dass die Elternzeit, Krankheit oder Arbeitslosigkeit seit der Reduzierung oder Beitragsfreistellung ununterbrochen bestand. Zwischen dem Termin der Wiederinkraftsetzung und der Aufnahme der Tätigkeit liegen maximal drei Monate. Die Tarife und Rechnungsgrundlagen ändern sich nicht.

Die bisherige Beitragshöhe bleibt unverändert. Durch die fehlenden Beiträge reduzieren sich die versicherten Leistungen.

Abweichend:

- Der Beitrag wird auf _____ Euro angepasst.

Falls die versicherte Person wieder länger als drei Monate tätig ist, erhalten wir ggf. einen Vorschlag für die Fortführung der Versicherung.

Hinweise zur Wiederinkraftsetzung:

- » Eventuell vereinbarte risikoeinschränkende Klauseln oder Risikozuschläge sind nach der Wiederinkraftsetzung weiterhin Vertragsbestandteil.
- » Nach der Wiederinkraftsetzung besteht erst dann voller Versicherungsschutz, wenn die erste Prämie eingelöst wurde.
- » Eine abschließende Prüfung der Wiederinkraftsetzung behalten wir uns vor.

Hinweise zur Wiederinkraftsetzung mit reduziertem Beitrag:

Durch die Fortführung des Vertrages mit reduziertem Beitrag vermindert sich die Versicherungsleistung. Bei eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen bleibt das Verhältnis von Zusatz- und Hauptversicherung erhalten. Ebenso gilt bei unterschiedlichen Todes- und Erlebensfallsummen das gleiche Verhältnis weiter.

- » Werden die Mindestversicherungsleistungen nicht erreicht, wird der Beitrag angepasst.
- » Eine Wiederherstellung Ihres Vertrages auf die vor der Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung vorhandenen Vertragswerte ist weiterhin möglich. Für eine weitere Erhöhung bis zum ursprünglichen Beitrag beginnen die mitgeteilten Fristen nicht neu.

Ort, Datum

x

Unterschrift des Versicherungsnehmers
(Arbeitgeber) und Firmenstempel

Ort, Datum

x

Unterschrift der versicherten Person

VOLKSWOHL BUND
 Lebensversicherung a.G.
 bAV/Firmenkunden
 Südwall 37 - 41
 44137 Dortmund

IN04A

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 _____

x

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

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