

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer:

Versicherte Person:

• Ruhendes Arbeitsverhältnis – Antrag auf Beitragsfreistellung

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass das Arbeitsverhältnis mit der versicherten Person ruht und bitten um beitragsfreie Fortführung des Vertrages zum Zahlungseinstellungsdatum.
Grund:

Die versicherte Person befindet sich seit dem in Elternzeit.

Sonstiger Grund

• Ruhendes Arbeitsverhältnis – Weiterzahlung der Beiträge durch die versicherte Person

Die Beitragszahlung zum Vertrag soll ab dem wie folgt fortgeführt werden:

beitragspflichtig, mit unverändertem Beitrag

beitragspflichtig, mit reduziertem Beitrag von monatlich halbjährlich jährlich EUR

Die Beiträge werden mittels SEPA-Lastschriftmandat vom untenstehenden Konto abgebucht.

• Wiederaufnahme der Beitragszahlung durch den Arbeitgeber/Wiederinkraftsetzung

Wir werden die Beitragszahlung für unseren Arbeitnehmer zum wieder aufnehmen.
Bitte ändern Sie deshalb den Rechnungsempfänger bzw. setzen den Vertrag wieder in Kraft.

Die unbezahlten Beiträge werden ab dem Termin der Beitragsfreistellung nachgezahlt.

Die unbezahlten Beiträge sollen zulasten der Versicherungsleistung verrechnet werden.

• Änderung der Zahlweise und/oder Beitragsänderung

Die Zahlweise soll ab dem auf monatlich halbjährlich jährlich geändert werden.

Die Beitragshöhe soll ab dem auf EUR geändert werden.

• Namens-/Adressänderung der versicherten Person

Der Name der versicherten Person hat sich zum wie folgt geändert:

Die Anschrift der versicherten Person hat sich zum wie folgt geändert:
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel)

• SEPA-Lastschriftmandat zu Versicherungs-Nr.:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000023236

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

Name des Kreditinstituts

Name, Vorname bzw. Firmenbezeichnung der/des Kontoinhaber/s (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift der/des Kontoinhaber/s

