

Bitte zurücksenden an:

Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 21 10
61291 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 2110
61291 Bad Homburg
per Email: anfrage.fpk@flgruppe.de

Vertragsnummer(n)

Erklärung zu Vertragsänderungen

Angaben zur Person

Arbeitnehmer
(versicherte Person)
Name und Anschrift

Angaben zum Arbeitgeber

(Versicherungsnehmer)
Name und Anschrift

1. Namensänderung der versicherten Person auf Grund Eheschließung.

Name nach Eheschließung
(bitte Kopie der
Heiratsurkunde beifügen)

Geburtsname

2. Wegfall der Entgeltfortzahlung

Elternzeit **Krankheit** ab dem

Der Vertrag soll mit unverändertem Beitrag fortgesetzt werden.

Der Vertrag soll mit einem veränderten Beitrag - siehe hierzu Punkt 4 - fortgesetzt werden.

Hinweis: Innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Elternzeit bzw. direkt nach der Wiederaufnahme der Arbeit kann beantragt werden, dass die Versicherung wieder zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird.

Die private Beitragszahlung wird von der versicherten Person aus versteuertem Einkommen finanziert und erfolgt mittels zu erteilendem SEPA-Lastschriftmandat (siehe Folgeblatt).

3. Reaktivierung des Vertrages (z.B. nach Elternzeit oder Krankheit)

Ab dem

Der Vertrag soll mit unverändertem Beitrag fortgesetzt werden.

Der Vertrag soll mit einem veränderten Beitrag - siehe hierzu Punkt 4 - fortgesetzt werden.

Die Beitragszahlung erfolgt durch den Arbeitgeber (wie vor dem Wegfall der Entgeltfortzahlung) im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG.

4. Veränderung des Beitrags entsprechend der verfügbaren Zahlweise

Beitragsminderung zum 01. von _____ EUR auf _____ EUR
(mindestens 25,00 EUR monatlich bzw. das entsprechende Vielfache)

Beitragsfreistellung zum 01.
(nur möglich, wenn die geschäftsplanmäßigen Mindestwerte erreicht werden)

Hinweis: Eine Beitragsminderung bzw. eine Beitragsfreistellung führt zu einer Reduzierung des Versicherungsschutzes. Sie führt auch zur Herabsetzung oder dem Ausschluss von Zusatzleistungen. Eine spätere Erhöhung vertraglicher Leistungen ist ggf. nicht mehr möglich und könnte auch steuerschädlich sein. Wurde eine Zusatzversicherung oder ein Berufsunfähigkeitsschutz vereinbart, so ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Ein Rechtsanspruch auf die Wiederherstellung des ursprünglichen Vertragszustands besteht jedoch nicht.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift - Versicherungsnehmer

Datum, Ort

Unterschrift - Versicherte Person

Rücksendemöglichkeiten per Post: Pro bAV Pensionskasse AG, Postfach 2110, 61291 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpk@flgruppe.de

Bitte zurücksenden an:

Pro bAV Pensionskasse AG
Postfach 21 10
61291 Bad Homburg

Vertragsführende Gesellschaft
Pro bAV Pensionskasse AG

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE20ZZZ00000101944

Mandatsreferenznummer
vergibt die vertragsführende Gesellschaft

Vertragsnummer/n (für die das Mandat gelten soll)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich **ermächte** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu den o.g. Verträgen (insbesondere Zinsen, Tilgung, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesen Verträgen (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschritteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen - beginnend mit dem Datum der Kontobelastung - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Beitragszahler
(Kontoinhaber)**

Bankinstitut

IBAN

BIC

Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten per Post: Pro bAV Pensionskasse AG, Postfach 2110, 61291 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpk@flgruppe.de