

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](mailto: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 Beendigung einer Elternzeit kann die Fortsetzung zu den vor der Beitragsfreistellung oder Herabsetzung vereinbarten Bedingungen beantragt werden. Liegt keine Elternzeit vor, kann die Fortführung des Vertrages binnen sechs Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung oder Herabsetzung beantragt werden.

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](mailto: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](mailto:anfrage.fpk@flgruppe.de)