

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse AG
Postfach 14 07
61284 Bad Homburg

Rücksendemöglichkeiten

per Post: Frankfurter Pensionskasse AG
Postfach 1407
61284 Bad Homburg
per Email: anfrage.fpkag@flgruppe.de

Vertragsnummer(n)

Erklärung zu Vertragsänderungen**Angaben zur Person**

Arbeitnehmer
(versicherte Person)
Name und Anschrift

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Angaben zum
Arbeitgeber**

(Versicherungsnehmer)
Name und Anschrift

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Zahlungsweise

☐ **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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift - Versicherungsnehmer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum, Ort

Unterschrift - Versicherte Person

Rücksendemöglichkeiten per Post: Frankfurter Pensionskasse AG, Postfach 1407, 61284 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpkag@flgruppe.de

Bitte zurücksenden an:

Frankfurter Pensionskasse
AG Postfach 14 07
61284 Bad Homburg**Vertragsführende Gesellschaft**
Frankfurter Pensionskasse AG**Gläubiger-Identifikationsnummer**
DE70ZZZ000000286 82**Mandatsreferenznummer**
vergibt die vertragsführende Gesellschaft**Vertragsnummer/n** (für die das Mandat gelten soll)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich **ermächtige** 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 Lastschrifteinzug 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)**

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankinstitut**IBAN****BIC****Versicherungsnehmer**

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten per Post: Frankfurter Pensionskasse AG, Postfach 1407, 61284 Bad Homburg
per E-Mail: anfrage.fpkag@flgruppe.de