

Bitte zurücksenden an

Frankfurter Lebensversicherung AG  
Postfach 1411  
61284 Bad Homburg

**Vertragsnummer/n**

## Erklärung zu Vertragsänderungen

### Angaben zur Person

Arbeitnehmer  
(versicherte Person)  
Anschrift

### Angaben zum Arbeitgeber

Versicherungsnehmer

Anschrift

### 1. Anschrifts- bzw. Namensänderung

Diese Änderungen betreffen:

versicherte Person       Arbeitgeber / Versicherungsnehmer

Neue Anschrift

Neuer Name

(bei Eheschließung bitte Heiratsurkunde beifügen)

Geburtsname

Neue Handelsregisternummer

(bei Umfirmierung des Arbeitgebers)

### 2. Wegfall der Entgeltfortzahlung

- Elternzeit       Krankheit      ab dem \_\_\_\_\_
- Der Vertrag soll mit unverändertem Beitrag in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ fortgesetzt werden.
- Der Vertrag soll mit verminderter Beitrag in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ fortgesetzt werden.
- Der Vertrag soll beitragsfrei gestellt 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). 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 nicht.

### 3. Reaktivierung des Vertrags (z.B. Nach Elternzeit oder Krankheit)

Ab dem \_\_\_\_\_

- Der Vertrag soll mit unverändertem Beitrag fortgesetzt werden.
- Der Vertrag soll mit einem veränderten Beitrag in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ fortgesetzt werden. (max. Höhe des zuletzt gezahlten Beitrags)
- Die Beitragszahlung erfolgt durch den Arbeitgeber (wie vor dem Wegfall der Entgeltfortzahlung) im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum, Ort

Unterschrift des versicherten Arbeitsnehmers bzw. der versicherten Person

### Rücksendemöglichkeiten

per Post: Frankfurter Lebensversicherung AG, Postfach 1411, 61284 Bad Homburg per E-Mail: [anfrage.fl@flgruppe.de](mailto:anfrage.fl@flgruppe.de)

Bitte zurücksenden an

Frankfurter Lebensversicherung AG  
Postfach 1411  
61284 Bad Homburg

**Vertragsführende Gesellschaft**  
Frankfurter Lebensversicherung AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE91ZZZ00000118223

**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.

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

Beitragszahler  
(Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bankinstitut

IBAN

BIC

Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

---

Datum, Ort

---

Unterschrift des Kontoinhabers