

Allgemeine Angaben

Für welche Versicherung? (Name der Versicherung)

Kollektivvertrag-/Vertragsnummer?

Arbeitgeber / Versicherungsnehmer

Genaue Firmierung (Name des Arbeitgebers/Versicherungsnehmers)?

Ansprechpartner (Name)?

Telefonnummer des Ansprechpartners?

Arbeitnehmer / Versicherte Person

Name/Vorname der versicherten Person?

Geburtsdatum?

Straße, Hausnummer?

PLZ/Ort?

1. Änderung des Familiennamens

Wie lautet der neue Familienname?

Bitte Kopie der Heiratsurkunde oder des neuen Personalausweises beifügen.

2. Änderung der Firmierung

Wie lautet der neue Firmenname?

Bitte Handelsregistrauszug beifügen.

Was ist der Grund der Namensänderung?

☐ Umfirmierung ☐ Betriebsübergang ☐ Veräußerung *

3. Änderung der Anschrift

Betrifft die Änderung den Versicherungsnehmer (VN) oder den Arbeitnehmer?

Bei VN bitte Handelsregistrauszug beifügen.

☐ VN ☐ Arbeitnehmer

4. Änderung der Bankverbindung

IBAN alt

IBAN neu

5. Erhöhung bzw. Reduzierung der Prämie *

Ab welchem Datum soll die Prämie geändert werden?

Wie hoch ist die neue Prämie (in Euro)?

Soll die Prämie erhöht oder reduziert werden?

☐ erhöht werden (nur für Vers.-Beginn nach 01.01.2005) ☐ reduziert werden

Ab welchem Datum soll die Zahlungsweise geändert werden?

Auf welche Zahlweise soll umgestellt werden?

- ☐ monatlich 1/12
 ☐ vierteljährlich 1/4
 ☐ halbjährlich 1/2
 ☐ jährlich 1/1

6. Einstellung der Prämienzahlung (Arbeitsverhältnis besteht noch) *

Ab wann werden keine Prämien mehr bezahlt? (Datum)

Was ist der Grund der Einstellung der Prämienzahlung?

- ☐ Krankheit
 ☐ unbezahlter Urlaub
 ☐ Mutterschutz/Elternzeit
 ☐ sonstiges

Sonstiges – bitte angeben

7. Wiederinkraftsetzung der Prämienzahlung *

Ab welchem Datum soll die Prämie wieder in Kraft gesetzt werden?

Bei eingeschlossener Berufsunfähigkeit/Hinterbliebenenversorgung ggf. nur innerhalb von 36 Monaten nach Prämienfreistellung möglich (ggf. Gesundheitsprüfung).

Wie hoch ist der Betrag (in Euro)?

Welche Zahlweise wird gewählt?

- ☐ monatlich 1/12
 ☐ vierteljährlich 1/4
 ☐ halbjährlich 1/2
 ☐ jährlich 1/1

8. Abmeldung / Dienstaustritt / Versetzung *

Betriebsinterne Versetzung zum welchen Datum?

Versetzung von wo nach wo?

Datum des Dienstaustritts?

Was ist der Grund des Dienstaustritts?

- ☐ Kündigung des Arbeitsvertrages
 ☐ Bezug von Altersrente
 ☐ Bezug von Invalidenrente
 ☐ sonstiges

Sonstiges – bitte angeben

Bis zu welchem Datum wurden die Prämien gezahlt?

Bitte unbedingt ausfüllen!

Soll die Versicherung auf die versicherte Person zur Weiterführung als Einzelversicherung übertragen werden?

- ☐ Ja
 ☐ Nein

Werden Ansprüche auf über den Austrittstermin hinaus gezahlte Prämien erhoben?

- ☐ keine Ansprüche

Wird die versicherungsförmige Lösung gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG (bei Pensionskassen § 2 Abs. 3 Satz 2 BetrAVG) verlangt?

- ☐ ja, wird verlangt

Unterschriften

* Ggf. erhalten Sie von uns weitere Informationen oder Unterlagen.

Ort, Datum und Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

Digitale Unterschrift hier einfügen / signieren

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum und Unterschrift des Versicherten (Arbeitnehmer)

Digitale Unterschrift hier einfügen / signieren

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben