

VOLKSWOHL BUND  
Lebensversicherung a.G.  
Vertrag VBL / Kundendienst / bAV  
Südwall 37 - 41

KD41

44137 Dortmund

## Direktversicherung Zahlungsunterbrechung wegen Wegfall Lohn-/ Entgeltfortzahlung - Bitte in Druckbuchstaben eintragen -

Versicherung Nr.: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben)  
Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Versicherte Person: \_\_\_\_\_

### Grund der Zahlungsunterbrechung:

- Krankheit über die gesetzliche Lohn-/Entgeltfortzahlung hinaus  
 Mutterschutz/Elternzeit  
 Sonstiger \_\_\_\_\_ (z.B. Arbeitslosigkeit)

Zahlungsunterbrechung vom 1. \_\_\_\_ . 20\_\_ bis voraussichtlich 1. \_\_\_\_ . 20\_\_  
(Beiträge werden unabhängig von der Gehaltszahlung zum Monatsersten fällig)

### Bitte entscheiden Sie sich für eine der folgenden vier Möglichkeiten:

#### Private Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer

Beitragshöhe: \_\_\_\_\_ Euro Zahlungsweise: \_\_\_\_\_

(Sofern nichts anderes vereinbart wurde, werden die bisherige Beitragshöhe und Zahlungsweise beibehalten. Für eine Wiederinkraftsetzung in den alten Stand gelten die gleichen Fristen wie unter dem Punkt „Beitragsfreistellung“ beschrieben.)

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat: Bitte verwenden Sie für die Erteilung der Vollmacht das Formular am Ende dieses Formulars.

Hinweis: Da der Arbeitgeber weiterhin Versicherungsnehmer ist, fallen auch auf Leistungen aus diesen privat eingezahlten Beiträgen Sozialversicherungsbeiträge an.

#### Stundung der Beiträge

- maximal 1 Jahr lang möglich.
- Versicherungsschutz wird aufrecht erhalten.
- Es wird ein „Beitragsrückstand“ aufgebaut, nach Ablauf der Stundungsdauer können Beiträge nachgezahlt oder verrechnet werden, bei letzterem reduzieren sich die versicherten Leistungen.
- Es wird ein Aufgeld von 7,5% fällig, der Effektivzins ist bei einer unterjährigen Zahlungsweise höher.
- Bei der Auswahl dieser Alternative muss noch eine gesonderte Erklärung unterschrieben werden. Diese wird gesondert zugeschickt.

### **Aussetzung der Beitragszahlung**

- bei Krankheit/Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate (die Regelungen gelten u. U. nicht bei bereits angemahnten Beitragsrückständen)
- bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind
- bei sonstigen Gründen max. 12 Monate
- evtl. Rückstände werden verrechnet
- Der Vertragsbeginn wird um die Dauer der Aussetzung verschoben. Da sich die Beitragszahlungs- und Versicherungsdauern verkürzen, reduziert sich die Leistung.
  - Zusätzlich wird das Ablaufdatum um die Dauer der Aussetzung verschoben, jedoch nicht über das 67. Lebensjahr der versicherten Person hinaus.
- Alternativ:  Beginn- und Ablaufdatum werden um die Dauer der Aussetzung verschoben. Hierbei kann sich ggf. die Leistung reduzieren.
- Das Ablaufjahr einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt unverändert. Hierdurch kann es zu einer Verkürzung der Laufzeit für die Haupt- und Zusatzversicherung kommen. Bei Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen verkürzt sich hierdurch die Gesamtlaufzeit.
- Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsleistung oder einer Kapitalversicherung besteht kein Versicherungsschutz.
- Tritt der Versicherungsfall bei einer Berufsunfähigkeitsleistung während des Aussetzungszeitraumes ein, ist bekannt, dass eine Leistung auch über den Aussetzungstermin hinaus NICHT erfolgt!
- Verkürzung des Aussetzungszeitraumes jederzeit zum nächsten Monatsersten möglich.

### **Beitragsfreistellung des Vertrages**

- Zunächst keine zeitliche Begrenzung der Beitragsfreistellung, ursprünglich vereinbarte Leistungen werden reduziert, kein oder ein deutlich verringerter Berufsunfähigkeitsversicherungsschutz während des beitragsfreien Zeitraumes
- Vertrag kann OHNE erneute Gesundheitsprüfung, innerhalb der nachfolgenden Fristen, wieder in Kraft gesetzt werden:
  - bei Krankheit/Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate (die Regelungen gelten u. U. nicht bei bereits angemahnten Beitragsrückständen)
  - bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind
  - bei sonstigen Gründen insgesamt 6 Monate innerhalb der Direktversicherung
  - Wiederinkraftsetzung muss aktiv innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Elternzeit/Krankheit beantragt werden!
  - Nach Ablauf der o. g. Fristen auch spätere Wiederinkraftsetzung bei Verträgen nach § 3 Nr. 63 EStG möglich, dann ggf. mit erneuter Gesundheitsprüfung und Umstellung auf die dann geltenden Rechnungsgrundlagen mit neuem Rechnungszins! Bei Verträgen nach § 40 b EStG ist eine spätere Wiederinkraftsetzung NICHT möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer  
(Arbeitgeber) ggf. Firmenstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

VOLKSWOHL BUND  
 Lebensversicherung a.G.  
 Vertrag VBL / Kundendienst  
 44128 Dortmund

IN04A

Versicherungsschein-Nr:	_____	(bitte unbedingt angeben)
Versicherungsnehmer:	_____	
Versicherte Person:	_____	
Mandatsreferenz-Nr.:	_____	(sofern vorhanden)

## SEPA-Lastschriftmandat

Mit diesem Formular wird die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064, zum Lastschrifteinzug ermächtigt. Diese wird den Kontoinhaber rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und die Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma

**Name/Vorname/Firma**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl**

**Ort**



Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt Zahlungen von nachstehendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an ihn versendet. **Hinweis:** Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sofern Sie als Beitragszahler nicht zugleich der Versicherungsnehmer sind, gilt zusätzlich: Sie haben den Versicherungsnehmer mit Antragstellung beauftragt und bevollmächtigt, alle Informationen betreffend den Zahlungsverkehr und dieses SEPA Lastschriftmandat für Sie als Kontoinhaber entgegen zu nehmen und sind ausdrücklich damit einverstanden, dass jegliche Korrespondenz hierzu über den Versicherungsnehmer erfolgt.

**Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift**

IBAN DE   BLZ   Kontonummer  BIC

**Kreditinstitut**

**Datum, Unterschrift des Kontoinhabers** (ggf. Firmenstempel)

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!