

## Zahlungsunterbrechung bei Direktversicherungen

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Versicherte Person/Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_

### Grund der Zahlungsunterbrechung:

- Krankheit über die gesetzliche Lohn-/Entgeltfortzahlung hinaus
- Mutterschutz/Elternzeit
- Arbeitslosigkeit
- Sonstiges \_\_\_\_\_

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

- Private Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer ab 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ bis 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_**

Offene Beiträge bis zu diesem Termin werden durch eine Vertragsänderung verrechnet.

Beitragshöhe: \_\_\_\_\_ Euro

Sofern nichts anderes gewünscht wird, verändert sich die bisherige Beitragshöhe nicht. Nach einer Reduzierung des Beitrags kann der Beitrag zu den gleichen Fristen wie unter dem Punkt „Beitragsfreistellung“ wieder auf die bisherige Beitragshöhe erhöht werden.

Zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates ist ein Formular beigelegt.

Hinweis: Auch auf Leistungen durch privat eingezahlte Beiträge können in der Leistungsphase Sozialversicherungsbeiträge anfallen.

- Stundung der Beiträge vom 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ bis 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_**

- Die Stundung ist maximal 12 Monate möglich.
- Bei Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen können abweichende Dauern möglich sein.
- Der Versicherungsschutz bleibt in voller Höhe bestehen.
- Nach Ablauf der Stundungsdauer können die Beiträge nachgezahlt oder verrechnet werden. Bei einer Verrechnung 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 Vereinbarung unterschrieben werden. Diese schicken wir Ihnen separat zu.

**Aussetzung der Beitragszahlung vom 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ bis 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_**

- bei Krankheit/Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate
- bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind
- bei sonstigen Gründen max. 12 Monate
- Die Fristen gelten ab Beitragsrückstand. Rückständige Beiträge werden bis zum nächsten Monatsersten – ab Eingang der Erklärung bei uns – 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.
- 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 Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen verkürzt sich hierdurch die Gesamtlaufzeit.
- Bei einer Kapitalversicherung, einer Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung oder bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsleistung besteht kein Versicherungsschutz.
- Tritt der Versicherungsfall während der Aussetzung ein, ist bekannt, dass eine Leistung auch über den Aussetzungstermin hinaus nicht erfolgt.
- Sie können die Aussetzung jederzeit vorzeitig beenden.

**Beitragsfreistellung des Vertrages ab dem 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_**

Bei einer Beitragsfreistellung werden die ursprünglich vereinbarten Leistungen anteilig reduziert. Während des beitragsfreien Zeitraums besteht kein oder nur ein deutlich verringerter Versicherungsschutz. Die Beitragsfreistellung ist zeitlich nicht begrenzt. Jedoch gelten unterschiedliche Fristen bei einer Wiederinkraftsetzung zu den ursprünglichen Vertragskonditionen.

- Ohne erneute Gesundheitsprüfung:
  - bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit insgesamt max. 24 Monate (die Regelungen gelten nicht bei bereits angemahnten Beitragsrückständen),
  - bei Elternzeit insgesamt max. 36 Monate pro Kind,
  - die Wiederinkraftsetzung muss aktiv innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Elternzeit, Krankheit oder Arbeitslosigkeit beantragt werden.
- Bei Verträgen mit Vertragsabschluss vor dem 01.01.2005 (§ 40b EStG) sind die Fristen generell auf maximal 24 Monate beschränkt.
- Nach Ablauf der genannten Fristen gilt für Verträge mit Vertragsabschluss nach dem 01.01.2005 Folgendes:
  - Bei Verträgen nach § 3 Nr.63 EStG und privat fortgeführten Verträgen (Arbeitslosigkeit) erfolgt ggf. eine neue Gesundheitsprüfung und eine Umstellung des Tarifs auf die dann gültigen Rechnungsgrundlagen.
  - Bei privat fortgeführten Verträgen kann eine Wiederinkraftsetzung innerhalb von 36 Monaten erfolgen, ohne dass die steuerrelevanten Fristen neu beginnen.

\_\_\_\_\_  
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

**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.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter [www.volkswohl-bund.de/datenschutz](http://www.volkswohl-bund.de/datenschutz). Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Datenschutzhinweise auch gerne zu.

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

**IBAN**

**BIC**

**Kreditinstitut**

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

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